2005

Annual Report

Office of the Chief Coroner

Rapport annuel

Le bureau du coroner en chef

New Nouveau Brunswick
CANADA

2005 Annual Report

Published by:
Office of the Chief Coroner
Department of Public Safety
Province of New Brunswick
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Canada

February 2007

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Office of the Chief Coroner

Printing and Binding:
Printing Services, Supply and Services

Rapport annuel 2005

Publié par :
Le bureau du coroner en chef
Ministère de la Sécurité publique
Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Canada

Février 2007

Couverture :
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition :
Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure :
Service d'imprimerie,
Approvisionnement et Services

ISBN 978-1-55396-843-6

ISSN 0848-5666

Printed in New Brunswick

ISBN 978-1-55396-843-6

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

2007-01118/

The Honourable John Foran
Department of Public Safety
Fredericton
New Brunswick

Dear Minister:

Pursuant to Section 43 of the *Coroners Act*, I have the honour to submit the Thirty-fourth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 2005 to December 31, 2005.

Yours very truly,

Dianne Kelly

DIANNE KELLY
Chief Coroner
Province of New Brunswick

L'honorable John Foran
Ministère de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le trente-quatrième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2005, en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

Dianne Kelly

DIANNE KELLY
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

The information provided in this Annual Report is presented for the calendar year 2005. Information for January, February and March 2005 was presented in the Annual Report for 2004/05. This statistical data is repeated in this report and combined with the remaining months of 2005 to reflect the complete year and provide a basis of comparison for future years. All of the inquests held in 2005 were held in the May – July period and are described in the body of this report.

Previous Annual Reports of the Chief Coroner were presented by calendar year from 1972 to 1992. In 1992/93, the Chief Coroner changed the reporting period to fiscal year to coincide with the implementation of a new computer system. The decision to revert to calendar was made to coincide with statistical reporting by other Coroner and Medical Examiners across Canada and to facilitate data sharing and comparison with other provincial and federal government agencies.

Les renseignements fournis dans le présent rapport annuel concernent l'année civile 2005. Les renseignements pour les mois de janvier, février et mars 2005 avaient déjà été présentés dans le rapport annuel 2004-2005. Ces données statistiques sont reprises dans le présent rapport et ajoutées aux autres mois de l'année 2005 afin de mieux refléter l'année entière et de fournir une base pour comparer les années à venir. Toutes les enquêtes de 2005 ont été menées entre mai et juillet, et elles sont décrites dans le rapport.

De 1972 à 1992, les rapports du coroner en chef étaient présentés par année civile. En 1992-1993, la mise en œuvre d'un nouveau système informatique a motivé la décision du coroner en chef d'adopter une période de référence correspondant à l'année financière. La décision de revenir à l'année civile a pour but de s'ajuster à la façon dont les autres coroners et médecins légistes du Canada présentent leurs rapports statistiques. Elle vise également à faciliter l'échange d'information et les comparaisons avec d'autres organismes provinciaux et fédéraux.

Table of Contents

Page

Mission Statement 7

Historical Background 7

Origin of the Office of the Coroner 7

The New Brunswick Coroner System 8

Organizational Structure 8

Notification Requirement 9

Investigative Capacity of Coroner Services 10

Purpose of Coroner's Investigation 10

The Inquest Decision 11

Summary 11

Statistical Summary of Investigated Deaths 13

Schedule "A.1" - Total Deaths by Classification 15

Schedule "A.2" - Total Deaths by Month 16

Schedule "A.3" - Total Deaths by Judicial District 17

Schedule "B.1" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 18

Schedule "B.2" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 19

Schedule "B.3" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Environment 22

Table des matières

Page

Énoncé de mission 7

Survol historique 7

Origine de la fonction de coroner 7

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick 8

Structure administrative 8

Déclaration 9

Pouvoirs d'enquête du Service des coroners 10

But de l'investigation 10

La décision de mener une enquête 11

Résumé 11

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès 13

Tableau « A.1 » - Nombre total de décès par catégorie 15

Tableau « A.2 » - Nombre total de décès par mois 16

Tableau « A.3 » - Nombre total de décès par circonscription judiciaire 17

Tableau « B.1 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 18

Tableau « B.2 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 19

Tableau « B.3 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence 22

Schedule "C.1" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 28

Schedule "C.2" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 29

Schedule "C.3" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 31

Schedule "D.1" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 33

Schedule "D.2" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 34

Schedule "D.3" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 36

Schedule "E.1" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 37

Schedule "E.2" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 38

Schedule "E.3" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Environment 39

Schedule "F.1" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 44

Schedule "F.2" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 45

Schedule "F.3" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Environment 46

Tableau « C.1 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 28

Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 29

Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence 31

Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 33

Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 34

Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence 36

Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 37

Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité 38

Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et le lieu de l'incidence 39

Tableau « F.1 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 44

Tableau « F.2 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité 45

Tableau « E.3 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et le lieu de l'incidence 46

Schedule "F" - Undetermined Deaths... 47

Summary of Inquests and Recommendations..... 48

Other Cases of Interest..... 140

Inquests and Cases of Interest (2004/05)..... 151

Tableau « F. » - Décès d'origine Inconnue..... 47

Résumé des enquêtes et des recommandations..... 48

Autres cas d'intérêt..... 140

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2004-05)..... 151

Our Mission

Coroner Services is an independent and publicly accountable investigation of death agency. Coroner Services is mandated by statute to review all suspicious or questionable deaths in New Brunswick, conduct inquests as may be required in the public interest and does not have a vested interest of any kind in the outcome of death investigations.

Notre mission

Le Service des coroners est un organisme indépendant de responsabilité publique chargé d'enquêter sur les décès. Mandaté en vertu des lois provinciales pour étudier tous les cas de morts suspectes au Nouveau-Brunswick, le Service des coroners mène des enquêtes dans l'intérêt du public. Le Service n'a aucun intérêt, quel qu'il soit, quant à l'issue de ces enquêtes.

Historical Background

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an additional fine if no felon could be found responsible for this death. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems, which are presently existing in common law jurisdictions.

In the ensuing seven hundred years, no improvement has been made upon the basic questions and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

Survol historique

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les États ou est appliquée la common law.

Après sept siècles, les questions de bases demeurent inchangées : « Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte? »

An inquest is not a forum to resolve civil disputes nor to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

The New Brunswick Coroner System

Organizational Structure

In New Brunswick, Coroner Services falls under the Department of the Public Safety for administrative purposes. Supervision of the service is the responsibility of the Chief Coroner who is assisted by a full time Deputy Chief Coroner.

The six full time staff, who serve as Regional Coroners in Fredericton, Moncton, Saint John, Bathurst/Campbellton and Edmundston report to the Chief Coroner.

In addition to the six Regional Coroners, a cadre of experienced investigative staff from the Compliance Branch serve as Investigating Coroners. This group provides services primarily on nights and weekends.

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement au décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick

Structure administrative

Aux fins administratives, les Services des coroners au Nouveau-Brunswick relèvent du ministère de la Sécurité publique. La surveillance des services comme tels relève du coroner en chef, secondé à temps plein d'un coroner en chef adjoint.

Les six coroners régionaux travaillant à temps plein dans les régions de Fredericton, de Moncton, de Saint-Jean, de Bathurst-Campbellton et d'Edmundston relèvent du coroner en chef.

En plus des six coroners régionaux, un groupe d'employés chevronnés des services d'enquête de la Direction du contrôle de la conformité agissent à titre de coroners responsables des investigations, principalement le soir et les fins de semaine.

Fee for service Coroners continue to provide additional investigative capacity and geographic coverage.

The Regional Coroners provide guidance to the Investigating Coroners and Fee For Service Coroners and participate in the development and delivery of training.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: (i) did not occur during or as a result of pregnancy; (ii) was not sudden and unexpected; and (iii) was not under circumstances which may require an investigation). Coroner Services is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his/her death. The system, therefore, is a vital part of public safety in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

La présence de coroners rémunérés à l'acte nous permet d'ajouter à notre capacité de mener des enquêtes et de mieux couvrir l'ensemble de la province.

Les coroners régionaux fournissent un soutien aux coroners responsables des investigations et aux coroners rémunérés à l'acte et participent à l'élaboration et à la prestation de la formation.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où Il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié *sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue : ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une enquête). Par contre, le Service des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un rouage essentiel de la sécurité publique, car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Investigative Capacity of Coroner Services

For investigational purposes Coroner Services has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Halifax) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also available to Coroner Services are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst and Edmundston and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

The identification of a death as a "Type II" case, which needs the special consideration of a forensic pathologist, results in the utilization of the forensic service and requires that the body be transported to Saint John for the autopsy.

Where circumstances warrant, specialized expertise may be provided from outside the Province on complex cases for evidentiary or identification purposes.

Purpose of Coroner's Investigation

The purpose of the coroner's investigation for many years was directed towards the investigation of the actual medical cause of death, now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety.

Pouvoirs d'investigation du Service des coroners

Aux fins d'investigation, le Service des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Halifax) et à un corps de police municipale qui ont chacun leur domaine de compétence. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst, et Edmundston, de même qu'aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint-Jean.

Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de « type II », nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut utiliser le service et faire transporter le cadavre à Saint John pour que soit pratiquée une autopsie.

Lorsqu'il est nécessaire pour les cas très complexes, nous faisons appel à des experts de l'extérieur de la province afin de compléter nos capacités relatives à la preuve et à l'identification.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a été pendant de nombreuses années de rechercher la cause médicale réelle du décès. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique.

The Inquest Decision

One of the most difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest.

A local coroner or the Chief Coroner may order an inquest into a death. In some circumstances, a coroner may hold an inquest when required to do so in writing by a Judge of The Court of Queen's Bench of New Brunswick, a member of the Executive Council or the Chief Coroner. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of sudden and unexpected deaths. It is expected that the Coroners Jury will make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations arising out of inquests to the attention of appropriate persons, agencies and government departments.

Summary

Coroner Services investigates about 25 percent of the total of approximately 6,000 deaths per year in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. The coroner, in approximately 40 percent of the cases, orders autopsies and inquests are ordered in slightly less than one percent of all investigated deaths.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles qui doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête.

Un coroner local ou le coroner en chef peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès. Dans certaines circonstances, un coroner peut procéder à une enquête sur demande rite d'un juge de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau Brunswick, d'un membre du Conseil exécutif ou du coroner en chef. La tenue de l'enquête a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès soudains et inattendus. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans de circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations à partir d'une enquête aux personnes, organismes et ministères concernés.

Résumé

Environ 25 pour cent des quelque 6 000 décès annuels dans la province font l'objet d'une investigation par le Service des coroners. Un très grand nombre d'investigations se terminent par un constat de mort due à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 40 p. 100 des cas alors que moins de un pour cent nécessitent une enquête du coroner sur les décès.

For the period covered by this Report, the Registrar of Vital Statistics recorded 6,232 deaths in the Province of which 1,596 or 25.6% were reported to a coroner. By comparison in the previous year there were 6,281 deaths in the Province of which 1,586 or 25.2% were reported to a coroner.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and to all other related agencies who have, through the year, co-operated and assisted in the investigations which have been processed through Coroner Services. Also, gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

The Chief Coroner invites comments or suggestions for modifying or improving any part of the report or regarding any aspect of the overall delivery of coroner services in the Province.

Comments should be directed to:

The Office of the Chief Coroner
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Phone (506) 453-3604
Fax (506) 462-2038

Au cours de l'exercice couvert par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 6 232 décès dans la province dont 1 596 ou 25,6 p. 100 ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 6 281 décès sont survenus dans la province dont 1 586 ou 25,2 p. 100 nous avaient été signalés.

Nous sommes reconnaissants envers toutes les agences de maintien de l'ordre et les organismes connexes qui ont collaboré avec nous et nous ont aidés à mener les enquêtes au cours de l'année qui vient de s'écouler. Nous remercions également tous les coroners qui ont fait preuve, encore une fois, de dévouement et de professionnalisme, souvent dans des circonstances difficiles.

Le coroner en chef invite le public à nous faire part de ses observations ou de ses suggestions qui pourraient contribuer à améliorer ce rapport ou les services offerts par le bureau du coroner de la province.

Prière de faire parvenir vos observations à l'adresse suivante :

Bureau du coroner en chef
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Téléphone : (506) 453-3604
Télécopieur : (506) 462-2038

Statistical Summary of Investigated Deaths

The information provided in this Annual Report is presented for the calendar year 2005. Information for January, February and March 2005 was presented in the Annual Report for 2004/05. This statistical data is repeated in this report and combined with the remaining months of 2005 to reflect the complete year and provide a basis of comparison for future years. All of the inquests held in 2005 were held in the May – July period and are described in the body of this report.

Previous Annual Reports of the Chief Coroner were presented by calendar year from 1972 to 1992. In 1992/93, the Chief Coroner changed the reporting period to fiscal year to coincide with the implementation of a new computer system. The decision to revert to calendar was made to coincide with statistical reporting by other Coroner and Medical Examiners across Canada and to facilitate data sharing and comparison with other provincial and federal government agencies.

Since January 1, 1987 deaths reported to and investigated by Coroner Services have been classified in five distinct categories: natural, accident, suicide, homicide and undetermined.

The natural category covers all deaths by disease or **natural causes**.

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

Les renseignements fournis dans le présent rapport annuel concernent l'année civile 2005. Les renseignements pour les mois de janvier, février et mars 2005 avaient déjà été présentés dans le rapport annuel 2004-2005. Ces données statistiques sont reprises dans le présent rapport et ajoutées aux autres mois de l'année 2005 afin de mieux refléter l'année entière et de fournir une base pour comparer les années à venir. Toutes les enquêtes de 2005 ont été menées entre mai et juillet, et elles sont décrites dans le rapport.

De 1972 à 1992, les rapports du coroner en chef étaient présentés par année civile. En 1992-1993, la mise en œuvre d'un nouveau système informatique a motivé la décision du coroner en chef d'adopter une période de référence correspondant à l'année financière. La décision de revenir à l'année civile a pour but de s'ajuster à la façon dont les autres coroners et médecins légistes du Canada présentent leurs rapports statistiques. Elle vise également à faciliter l'échange d'information et les comparaisons avec d'autres organismes provinciaux et fédéraux.

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés au Service des coroners et sur lesquels celui-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes : mort naturelle, accident, suicide, homicide et décès d'origine inconnue.

La catégorie des **morts naturelles** englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

The accident category covers all **accidental** deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all classes of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible efforts to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case, which might fall in this category, is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

The tables included in this report identify the **Environment**, that is the principal **location** of where the death occurred and the **Death Factor**, that is an action, force, instrument or disease which led directly toward death.

La catégorie des **accidents** englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des **suicides** englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des **homicides** englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évident de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie des **décès d'origine inconnue** englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de déterminer s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

Les tableaux de ce rapport identifient le **Lieu**, c'est-à-dire 'endroit principal où le décès est survenu, et au **Facteur de mortalité**, c'est-à-dire l'action, la mesure de violence, l'instrument ou la maladie qui a été la cause directe du décès.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

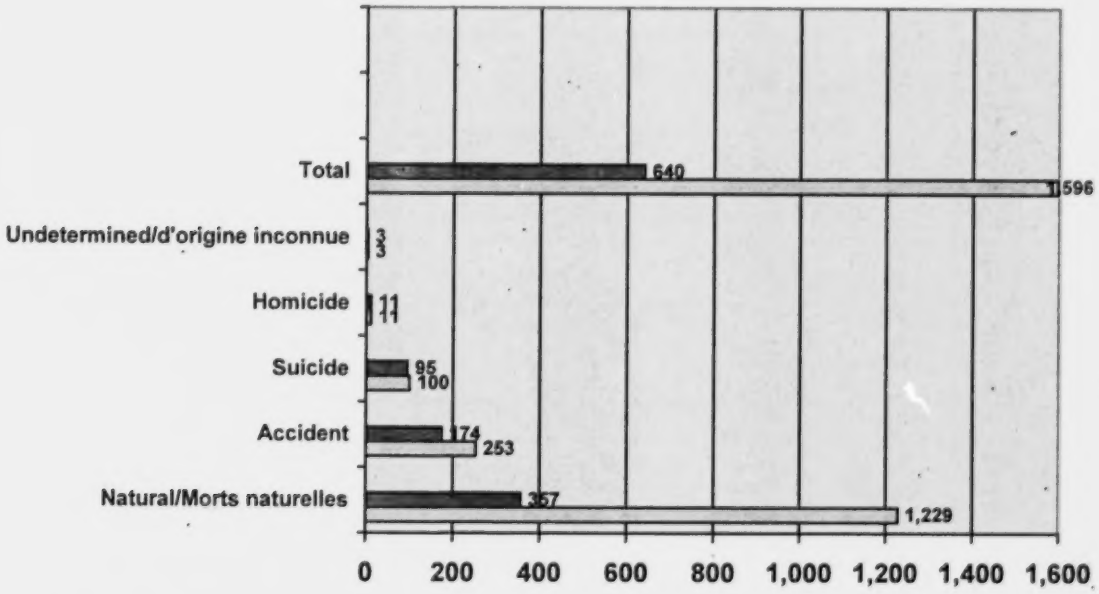
from/de 2005.01.01 to/au 2005.12.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	%of Deaths/ de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	% of classification/ de la catégorie de décès
Natural/Morts naturelles	1,229	77.0	163.4	357	29.0
Accident	253	15.8	33.6	174	68.8
Suicide	100	6.3	13.3	95	95.0
Homicide	11	0.7	1.5	11	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	3	0.2	0.4	3	100.0
Total	1,596	100.0		640	

Based on a population of / sur une population de 752,006

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

from/de 2005.01.01 to/au 2005.12.31



NOTE : Based upon Statistics Canada postcensal population estimates for N. B. census divisions (released December 20, 2005). Sub-county estimates are based on the 2001 Census population share of the county.

NOTE : Données fondées sur les estimations postcensitaires de Statistique Canada pour les Divisions de recensement du Nouveau-Brunswick (publiées le 25 décembre 2005). Les estimations relatives aux régions à l'intérieur des comtés sont fondées sur les données du recensement de 2001 sur la proportion de population dans chaque comté.

Provincial Summary - Deaths Investigated by Classification, by Month - Schedule A-2 / Sommaire provincial - Nombre de décès examinés par catégorie, par mois - Tableau A-2
from/de 2005.01.01 to/au 2005.12.31

Classification/ Catégorie de décès	April/ avril	May/ mai	June/ juin	July/ juillet	Aug/ août	Sept/ sept	Oct/ oct	Nov/ nov	Dec/ déc	Jan/ jan	Feb/ fév	Mar/ mars	Total
Natural/Morts naturelles	113	96	82	99	94	87	99	105	113	131	100	110	1,229
Accident	14	18	35	26	28	25	15	20	13	22	14	23	253
Suicide	12	9	6	14	5	6	11	7	7	7	6	10	100
Homicide	4	2	0	2	0	0	2	0	1	0	0	0	11
Undetermined/ Décès d'origine inconnue	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3
Total	143	125	123	142	127	118	128	132	135	160	120	143	1,596

DEATHS INVESTIGATED BY JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE A-3 / NOMBRE DE DÉCÈS EXAMINÉS PAR CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE - TABLEAU A-3

from/de 2005.01.01 to/au 2005.12.31

	Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires								
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock	Province
Natural/Morts naturelles	72	67	72	174	71	185	551	37	1,229
Accident	36	22	17	38	8	63	54	15	253
Suicide	17	8	16	12	7	18	21	1	100
Homicide	3	1	0	2	0	3	1	1	11
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0	0	1	0	0	1	1	0	3
Total / Totaux	128	98	106	226	86	270	628	54	1,596
% of Provincial Total / % de cas par rapport au total provincial	8.1	6.1	6.6	14.2	5.4	16.9	39.3	3.4	100
Population	81,269	34,889	44,467	131,796	50,792	195,018	173,512	40,263	752,006
Death Rate per 100,000 population / Taux de mortalité par 100 000 habitants									
Natural/Morts naturelles	88.6	192.0	161.9	132.0	139.8	94.9	317.6	91.9	163.4
Accident	44.3	63.0	38.2	28.8	15.8	32.3	31.1	37.3	33.6
Suicide	20.9	22.9	36.0	9.1	13.8	9.2	12.1	2.5	13.3
Homicide	3.7	2.9	0.0	1.5	0.0	1.5	0.6	2.5	1.5
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0.0	0.0	2.2	0.0	0.0	0.5	0.6	0.0	0.4
Total deaths by trauma (accident, suicide, homicide) / Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide)	56	31	33	52	15	84	76	17	364
Rate per 100,000 population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	68.9	88.9	74.2	39.5	29.5	43.1	43.8	42.2	48.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE B-1 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU B-1

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	1 1	5 2	6 0	5 2	4 2	1 0	3 4	25	11	36	14.2	23	13.2
Campbellton	0 0	1 1	1 1	3 1	0 2	2 1	4 5	11	11	22	8.8	11	6.3
Edmundston	0 0	3 1	4 2	1 0	2 1	0 0	2 1	12	5	17	6.7	15	8.6
Fredericton	5 1	1 1	1 2	3 1	4 0	3 0	6 10	23	15	38	15.0	24	13.8
Miramichi	1 1	0 0	0 0	0 1	2 0	1 1	1 0	5	3	8	3.2	3	1.7
Moncton	3 1	10 6	6 0	11 3	8 0	1 0	10 4	49	14	63	24.9	48	27.6
Saint John	2 0	7 1	3 1	8 2	9 1	1 1	12 6	42	12	54	21.3	36	20.7
Woodstock	0 2	1 0	2 0	1 0	2 1	2 2	1 1	9	6	15	5.9	14	8.1
Males / Hommes	12	28	23	32	31	11	39	176					
% Total - Males/Hommes	4.7	11.1	9.1	12.6	12.3	4.3	15.4	69.6					
Females / Femmes	6	12	6	10	7	5	31		77	253	100.0	174	100.0
% Total - Females/ Femmes	2.4	4.7	2.4	4.0	2.8	2.0	12.3		30.4				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	18	40	29	42	38	16	70						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	7.1	15.8	11.5	16.6	15.0	6.3	27.7						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drowning Open Water / Noyade – en eau libre	0 0	0 0	2 0	2 0	3 0	0 0	1 0	8	0	8	3.2	7	4.0
Drowning – Public Pool / Noyade – piscine publique	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Drowning – Other = marsh, dam, etc. / Noyade – autre = marais, barrage, etc.	0 0	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	0.8	2	1.1
Cuts from Hand or Power Tools / Coupures faites par un outil manuel ou électrique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.4	0	0.0
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	9 4	17 9	8 6	15 2	6 4	7 2	14 4	76	31	107	42.2	79	45.5
Trauma of Recreational Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatif	0 0	3 1	7 0	0 1	2 0	0 0	2 0	14	2	16	6.3	15	8.6
Crushed and/or Buried / Écrasé et/ou enterré	0 1	0 0	0 0	2 0	3 0	0 0	1 0	6	1	7	2.8	5	2.9
Blunt Trauma, Accidental / Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	0 0	2 0	1 0	0 0	1 0	0 0	3 0	7	0	7	2.8	5	2.9

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Trauma of Air Crash/ Traumatisme dû à un accident d'avion	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Fire – Structural / Incendie des bâtiments	0 0	1 0	1 0	2 0	2 0	0 0	1 1	7	1	8	3.2	8	4.6
Electrocution / Électrocution	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Exposure to Cold / Hypothermie	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 1	1	1	2	0.8	2	1.1
Fall or jump – different level height; eg. bridge, building / Chute ou saut – à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 0	0 0	0 0	0 1	2 0	1 0	2 1	5	2	7	2.8	2	1.1
Fall or jump – same level / Chute ou saut – à partir du sol	0 0	0 0	0 0	2 0	1 1	0 2	11 17	14	20	34	13.3	7	4.0
Object caught in throat / Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	1 0	0 0	0 0	1 0	0 1	0 1	1 4	3	6	9	3.6	2	1.1
Asphyxia / Asphyxie	0 1	0 0	0 0	2 2	3 0	0 0	1 2	6	5	11	4.3	10	5.7
Aspiration / Aspiration	0 0	0 0	1 0	0 1	0 0	0 0	2 1	3	2	5	2.0	3	1.7

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Suffocation / Suffocatioin	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Carbon Monoxide Poisoning / Intoxication au monoxyde de carbone	0 0	1 1	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1	2	3	1.2	3	1.7
Poison or Solvent / Poison ou solvant	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Alcohol Poisoning/ Intoxication par l'alcool	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	1 0	0 0	3	0	3	1.2	3	1.7
Alcohol and Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	0 0	0 0	1 1	1 0	0 0	0 0	2	1	3	1.2	3	1.7
Drug / Drogue	0 0	3 1	2 0	2 1	4 1	1 0	0 0	12	3	15	5.9	13	7.6
Males / Hommes	12	28	23	32	31	11	39	176		253	100.0	174	100.0
Females / Femmes	6	12	6	10	7	5	31		77				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	18	40	29	42	38	16	70						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Construction / Chantier de construction	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Factory, plant, warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	1 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	0.8	2	1.1
Service Station, Mechanic Garage / Station-service, garage	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Loggin/Tree Cutting – Commercial / Travail en forêt, coupe des arbres – but commercial	0 0	0 0	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	2	0	2	0.8	2	1.1
Other Work Place / Autre lieu de travail	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	0	0.0
Other non-powerboating (canoes, rafts) / Autres moyens de navigation non motorisés (canots, radeaux)	0 0	0 0	0 0	2 0	1 0	0 0	0 0	3	0	3	1.2	3	1.7
Boating – personal watercraft, jet ski, etc. / Bateau – embarcation personnelle, jet ski, etc.	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Scuba Diving (not snorkeling) / Plongée sous-marine (non plongée en apnée)	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Swimming / Natation	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Tree Cutting – Private / Coupe des arbres - privée	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.4	0	0.0
Land Vehicles – driver (on public road) / Véhicule tout terrain – conducteur (sur une route publique)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.4	0	0.0
Off Road Motorcycling (motocross, dirt bike, etc.) / Motocyclisme hors-piste (moto-cross, moto hors route)	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Snowmobiling - anywhere off public road (driver) / Motoneige - n'importe ou hors d'une route publique (conducteur)	0 0	0 0	3 0	0 1	1 0	0 0	0 0	4	1	5	2.0	5	2.9

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
ATV - anywhere on public road (driver) - / VTT - sur une route publique (conducteur)	0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5	1	6	2.4	5	2.9
ATV - anywhere on public road (passenger) / VTT - sur une route publique (passager)	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.8	2	1.1
ATV - anywhere off public road (driver) / VTT - n'importe ou hors d'une route publique (conducteur)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0.8	2	1.1
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.4	0	0.0
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autre services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	2	6	3	9	3.6	1	0.6
Nursing Home / Foyers de soins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	1	7	8	3.2	2	1.1
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	1	4	1.6	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0 2	3 0	4 0	9 6	14 2	3 1	13 19	48	30	76	30.0	50	26.7
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.4	1	0.6
Urban Outdoors – public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain – lieu public ou autre (pas un domicile)	2 0	2 0	0 0	0 0	2 0	0 0	2 1	8	1	9	3.6	5	2.9
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0 0	2 1	0 0	2 0	1 0	1 0	2 0	8	1	9	3.6	9	5.2

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Railway - Not on board (crossing tracks, trespasser) / Voie ferrée - non-passager (traverser voie, intrus)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Public Road - driver / Route publique - conducteur	2 1	7 4	5 4	9 0	5 1	5 0	5 0	38	10	48	18.8	42	24.1
Public Road - passenger / Route publique - passager	5 3	3 4	1 0	2 2	1 2	0 2	3 3	15	16	31	12.2	18	10.3
Public Road - motorcycle driver / Route publique - motocycliste	1 0	7 0	1 1	2 0	0 0	0 0	0 0	11	1	12	4.7	10	5.7
Public Road – motorcycle passenger / Route publique – passager sur une motocyclette	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Public Road - pedestrian / Route publique - piéton	0 0	0 1	2 1	0 0	0 1	1 0	4 0	7	3	10	3.9	5	2.9
Non-Public Road – pedestrian / Route non publique - piéton	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Males / Hommes	12	28	23	32	31	11	39	176		253	100.0	174	100.0
Females / Femmes	6	12	6	10	7	5	31		77				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	18	40	29	42	38	16	70						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE C-1 / SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	1	0	2	0	1	2	4	2	4	0	1	1	0	0	13	4	17	17.0	16	16.8
Campbellton	0	0	0	0	2	0	3	0	2	1	0	0	0	0	7	1	8	8.0	8	8.4
Edmundston	0	1	2	0	1	2	4	0	3	1	0	0	2	0	12	4	16	16.0	15	15.8
Fredericton	0	1	3	0	2	0	3	0	3	0	0	0	0	0	11	1	12	12.0	11	11.6
Miramichi	2	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	5	2	7	7.0	7	7.4
Moncton	0	0	1	1	3	1	5	1	2	2	1	0	1	0	13	5	18	18.0	16	16.8
Saint John	1	0	4	0	3	1	3	1	3	1	3	0	1	0	18	3	21	21.0	21	22.1
Woodstock	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1.0	1	1.1
Males / Hommes	4		12		14		22		18		5		5		80		100	100.0	95	100.0
% Total - Males/Hommes	4.0		12.0		14.0		22.0		18.0		5.0		5.0		80.0					
Females / Femmes	2		2		6		5		5		0		0			20				
% Total - Females/ Femmes	2.0		2.0		6.0		5.0		5.0		0.0		0.0			20.0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	6		14		20		27		23		5		5							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	6.0		14.0		20.0		27.0		23.0		5.0		5.0							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F F	20 - 30 M H / F F	31 - 40 M H / F F	41 - 50 M H / F F	51 - 60 M H / F F	61 - 70 M H / F F	Over 70 / Plus de 70 M H / F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hanging / Pendaison	2 2	5 2	9 1	9 0	8 0	3 0	1 0	37	5	42	42.0	42	44.1
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	1 0	0 0	4	0	4	4.0	4	4.2
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	0 0	1 0	0 0	0 1	0 1	0 0	0 0	1	2	3	3.0	3	3.2
Carbon Monoxide Poisoning / Intoxication au monoxyde de carbone	0 0	2 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	4	0	4	4.0	4	4.2
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	0 0	1 0	0 0	2 0	2 0	1 0	2 0	8	0	8	8.0	8	8.4
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	1 0	3 0	1 0	3 0	1 0	0 0	0 0	9	0	9	9.0	8	8.4
Shooting - Handgun / Fusillade, arme de poing	0 0	0 0	2 0	3 0	2 0	0 0	1 0	8	0	8	8.0	6	6.3
Fall or jump - different level height; eg. bridge, building / Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 0	0 0	0 1	0 0	0 1	0 0	0 0	0	2	2	2.0	2	2.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drug / Drogue	0 0	0 0	1 2	1 2	1 3	0 0	1 0	4	7	11	11.0	9	9.4
Alcohol & Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	1.0	1	1.1
Poison or Solvent / Poison ou solvant	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	1 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1	1	2	2.0	2	2.1
Drowning Open Water / Noyade - en eau libre	0 0	0 0	0 2	1 0	0 0	0 0	0 0	1	2	3	3.0	3	3.2
Sexual Asphyxia / Ashyxie – jeu sexuel	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Asphyxia / Asphyxie	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Males / Hommes	4	12	14	22	18	5	5	80		100	100.0	95	100.0
Females / Femmes	2	2	6	5	5	0	0		20				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	6	14	20	27	23	5	5						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Psychiatric Unit of Regional Hospital / Unité psychiatrique d'un hôpital régional	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	1.0	1	1.1
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	1 1	9 0	11 3	16 3	15 3	5 0	4 0	61	10	71	71.0	66	69.4
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0 0	1 0	0 1	1 0	0 0	0 0	0 0	2	1	3	3.0	3	3.2

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	1 1	1 1	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	4	2	6	6.0	6	6.3
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	1 0	0 0	2 2	3 0	2 1	0 0	1 0	9	3	12	12.0	12	12.5
Public Road – driver / Route publique - conducteur	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Railway - not on board (crossing tracks, trespasser) / Voie ferrée - non-passager (traverser voie, intrus)	1 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1	1	2	2.0	2	2.1
Railway crossing - vehicle / Passage à niveau - véhicule	0 0	0 0	0 0	0 1	0 1	0 0	0 0	0	2	2	2.0	2	2.1
Males / Hommes	4	12	14	22	18	5	5	80		100	100.0	95	100.0
Females / Femmes	2	2	6	5	5	0	0		20				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	6	14	20	27	23	5	5						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE D-1 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU D-1

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	27.3	3	27.3
Campbellton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	9.1	1	9.1
Fredericton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	18.2	2	18.2
Moncton	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	3	27.3	3	27.3
Saint John	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	9.1	1	9.1
Woodstock	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	9.1	1	9.1
Males / Hommes	1		2		0		0		0		0		1		4					
% Total - Males/Hommes	9.1		18.2		0.0		0.0		0.0		0.0		9.1		36.4		11	100.0	11	100.0
Females / Femmes	1		1		1		2		0		2		0			7				
% Total - Females/ Femmes	9.1		9.1		9.1		18.2		0.0		18.2		0.0			63.6				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2		3		1		2		0		2		1							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	18.2		27.3		9.1		18.2		0.0		18.2		9.1							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE D-2 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU D-2

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drowning Open Water / Noyade – en eau libre	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	18.2	2	18.2
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	1	1	9.1	1	9.1
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	0 0	0 0	0 1	0 1	0 0	0 0	0 0	0	2	2	18.2	2	18.2
Shooting – Handgun / Fusillade, arme de poing	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	9.1	1	9.1
Shooting – Rifle / Fusillade, carabine	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	9.1	1	9.1
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	1	1	9.1	1	9.1
Asphyxia / Asphyxie	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	9.1	1	9.1
Drug / Drogue	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	9.1	1	9.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE D-2 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU D-2

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F F	20 - 30 M H / F F	31 - 40 M H / F F	41 - 50 M H / F F	51 - 60 M H / F F	61 - 70 M H / F F	Over 70 / Plus de 70 M H / F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Decapitation or Transection / Décapitation ou dissection transversale	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	9.1	1	9.1
Males / Hommes	1	2	0	0	0	0	1	4		11	100.0	11	100.0
Females / Femmes	1	1	1	2	0	2	0		7				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2	3	1	2	0	2	1						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE D-3 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living Inside, Residence or on Property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0 0	2 0	0 1	0 1	0 0	0 2	1 0	3	4	7	63.6	7	63.6
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / A l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	1 1	0 1	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1	3	4	36.4	4	36.4
Males / Hommes	1	2	0	0	0	0	1	4		11	100.0	11	100.0
Females / Femmes	1	1	1	2	0	2	0		7				
Total for Age Group / Total par groupe d'âg	2	3	1	2	0	2	1						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE E-1 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU E-1

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0 0	0 1	2 1	5 2	9 5	8 3	21 15	45	27	72	5.8	40	11.2
Campbellton	0 0	0 0	0 1	3 0	5 7	10 3	25 13	43	24	67	5.5	15	4.2
Edmundston	3 0	0 0	1 0	4 1	7 1	6 3	19 27	40	32	72	5.8	26	7.3
Fredericton	4 1	2 0	1 2	9 4	15 5	19 15	55 42	105	69	174	14.2	57	16.0
Miramichi	1 0	0 0	0 1	6 0	11 2	7 5	28 10	53	18	71	5.8	20	5.6
Moncton	2 1	1 1	5 0	10 2	24 6	22 10	55 46	119	66	185	15.1	50	14.0
Saint John	5 2	1 3	8 3	17 11	34 26	53 34	178 176	296	255	551	44.8	140	39.2
Woodstock	0 1	0 0	2 0	2 0	3 3	1 2	13 10	21	16	37	3.0	9	2.5
Males / Hommes	15	4	19	56	108	126	394	722		1,229	100.0	357	100.0
% Total - Males/Hommes	1.2	0.3	1.5	4.6	8.8	10.3	32.1	58.7					
Females / Femmes	5	5	8	20	55	75	339		507				
% Total - Females/ Femmes	0.4	0.4	0.7	1.6	4.5	6.1	27.6		41.3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20	9	27	76	163	201	733						
% of Classification Total / % pour total de la	1.6	0.7	2.2	6.2	13.3	16.4	59.6						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Natural Disease / Décès naturel à la suite de maladie	12 5	4 5	19 7	56 20	107 52	126 74	394 339	718	502	1,220	99.1	351	98.2
Chronic Use of Alcohol / Abus chronique de l'alcool	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Therapeutic Misadventure / Réaction allergique à un médicament	0 0	0 0	0 0	0 0	0 2	0 0	0 0	0	2	2	0.2	0	0.0
Live Brith (1 day) / Bébé ayant vécu moins d'une journée	2 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	0.2	1	0.3
Sudden Infant Death Syndrome / Mort subite du nourrisson	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Epilepsy / Épilepsie	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.1	1	0.3
No Anatomical Cause / Aucune cause anatomique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 1	0 0	0	2	2	0.2	2	0.6
Males / Hommes	15	4	19	56	108	126	394	722		1,229	100.0	357	100.0
Females / Femmes	5	5	8	20	55	75	339		507				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20	9	27	76	163	201	733						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	2	0	2	0.2	1	0.3
Service Station, Mechanic Garage / Station-service, garage	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Other Work Place / Autre lieu de travail	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	1	1	0.1	1	0.3
Tree Cutting - Private / Coupe des arbres - privée	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Commercial Drivers – truck, taxi, school bus, etc. / Chauffeur de véhicules utilitaires - camion, taxi, autobus scolaire, etc.	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Nursing Home / Foyers de soins	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	21 41	21	42	63	5.0	2	0.6
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 0	0 1	0 0	4 1	1 2	9 18	14	22	36	2.9	6	1.7

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 – 19 M H	0 – 19 F / F	20 – 30 M H	20 – 30 F / F	31 – 40 M H	31 – 40 F / F	41 – 50 M H	41 – 50 F / F	51 – 60 M H	51 – 60 F / F	61 – 70 M H	61 – 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Rooming/Boarding House/Halfway Home/ Group Home / Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	5	1	4	5	12	5	40	15	66	43	87	50	243	197	457	316	773	62.8	262	73.3
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0	1	0	0	1	0	3	0	3	1	1	0	6	0	14	2	16	1.3	6	1.7
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Hospital Emergency - DOA / Salle d'urgence - victime morte à l'arrivée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3	0.2	1	0.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hospital Emergency NON DOA / Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	0 1	0 0	0 0	0 1	0 0	1 0	3 7	4	9	13	1.1	3	0.8
Hospital Operating Room / Salle d'opération	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	2 1	2 2	5	3	8	0.7	1	0.3
Hospital Post Op (recovery room) / Salle de réveil	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	1 1	2 2	3	4	7	0.6	2	0.6
Hospital – Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	9 2	0 0	3 1	5 4	13 9	21 18	91 69	142	103	245	19.8	34	9.4
Nursing Station / Poste de soins infirmiers	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0 0	0 0	0 0	1 0	0 1	2 0	2 0	5	1	6	0.5	0	0.0
Ambulance / Ambulance	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	0.2	1	0.3
Gymnasium/Health Club / Gymnastique /club de conditionnement physique	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	2	0	2	0.2	2	0.6
Other Recreation (including race tracks) / Autres moyens de récréation (y compris les hippodromes)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Urban outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	1 0	0 0	1 0	2 0	5 0	3 0	3 0	15	0	15	1.1	12	3.3
Rural outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiment ou des résidences)	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	1 1	2 0	6	1	7	0.6	4	1.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Snowmobiling - anywhere off public road (driver) / Motoneige - n'importe ou hors d'une route publique (conducteur)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	2	0	2	0.2	0	0.0
Public Road (driver) / Route publique (conducteur)	0 0	0 0	0 0	0 0	7 0	1 0	4 0	12	0	12	1.0	10	2.8
Public Road (passenger) / Route publique (passager)	0 0	0 0	0 0	0 0	3 0	1 0	2 0	6	0	6	0.5	3	0.8
Public Transit (bus, train, etc.) / Transport public (autobus, train, etc.)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Died out of Province / Décès sirvemi à l'extérieur de la province	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Males / Hommes	15	4	19	56	108	126	394	722		1,229	100.0	357	100.0
Females / Femmes	5	5	8	20	55	75	339		507				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20	9	27	76	163	201	733						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE F-1 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU F-1

rom/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Edmundston	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	33.3	1	33.3
Moncton	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	33.3	1	33.3
Saint John	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	33.3	1	33.3
Males / Hommes	0	0	0	0	1	1	0	2					
% Total - Males/Hommes	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	33.3	0.0	66.7		3	100.0	3	100.0
Females / Femmes	1	0	0	0	0	0	0		1				
% Total - Females/ Femmes	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		33.3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	1	0	0	0	1	1	0						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	33.3	0.0	0.0	0.0	33.3	33.3	0.0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE F-2 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU F-2

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drowning Open Water / Noyade – en eau libre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	33.3	1	33.3
No Anatomical Cause / Aucune cause anatomique	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	66.7	2	66.7
Males / Hommes	0		0		0		0		1		1		0		2		3	100.0	3	100.0
Females / Femmes	1		0		0		0		0		0		0			1				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	1		0		0		0		1		1		0							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE F-3 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU F-3

from/de 2005.01.01 / to/au 2005.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	33.3	1	33.3
Urban outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	33.3	1	33.3
Rural outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiment ou des résidences)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	33.3	1	33.3
Males / Hommes	0	0	0	0	1	1	0	2		3	100.0	3	100.0
Females / Femmes	1	0	0	0	0	0	0		1				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	1	0	0	0	1	1	0						

Schedule F

Undetermined Deaths
(Means of death impossible to determine)

There were two deaths classified as Undetermined.

One was in the Edmundston Judicial District

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside residence
Age Group: 50- 60
Sex: Male
An autopsy was performed.

One was in the Moncton Judicial District

Death Factor: Undetermined
Environment: Rural Outdoors
Age Group: 60 - 70
Sex: Male
An autopsy was performed.

One was in the Saint John Judicial District

Death Factor: Undetermined
Environment: Urban Outdoors
Age Group: Unknown
Sex: Female
An autopsy was performed.

Tableau F

Décès d'origine inconnue
(Moyen de décès impossible à déterminer)

Deux décès ont été classés dans la catégorie de décès d'origine inconnue.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire d'Edmundston :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : Dans une résidence
Groupe d'âge : 50 - 60
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Moncton :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'exterieur, en milieu rural
Groupe d'âge : 60 - 70
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Saint-Jean :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'exterieur, en milieu urbain
Groupe d'âge : Inconnue
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Summary of Inquests and Recommendations

Five inquests were held during the reporting period. This report mentions the replies received by the Office of the Chief Coroner as of early December, in response to the recommendations on inquests conducted in 2005.

Inquest No. 1 - John Wilcox

An inquest was held from May 9-12, 2005 in St. Andrews, New Brunswick into the drowning death of John William Wilcox, a 63 year old male, who died on May 8, 2004. The Miss Megan sank shortly after it departed from the Back Bay wharf on the first day of the lobster fishing season.

The Miss Megan, a small commercial fishing vessel under 15 gross tons, was a Cape Islander style boat and had undergone a number of modifications to make it suitable for lobster and weir fishing – the transom was cut away, a platform extension had been added to the stern, the boat had been covered in fibreglass, freeing ports replaced the scuppers, and a new throttle cable was installed that increased the engine speed. Witnesses testified that other boat owners have also cut away the stern and added extensions to make handling traps easier, when fishing troll style. At the time of the death, there were no inspections required to assess the impact of these modifications on the stability and safety of the boat's operation.

Résumé des enquêtes et des recommandations

Cinq enquêtes ont été tenues au cours de la période couverte par ce rapport. On y trouve les réponses reçues par le Bureau du coroner au début décembre 2004 relativement aux recommandations effectuées lors des enquêtes menées au cours de année 2005.

Première enquête – John Wilcox

Le coroner a tenu une enquête du 9 au 12 mai 2005 à St. Andrews, au Nouveau-Brunswick, sur la mort par noyade de John William Wilcox, décédé le 8 mai 2004 à l'âge de 63 ans. Le navire *Miss Megan* a sombré peu après avoir quitté le quai de Back Bay le premier jour de la saison de pêche au homard.

Le Miss Megan, une petite embarcation de pêche commerciale ayant une charge brute maximale de 15 tonnes, était un bateau de type Cape Island qui avait fait l'objet d'un certain nombre de modifications en vue d'être utilisé pour la pêche au homard et la pêche à la bordigue. Notamment, l'arcasse avait été enlevée, la plateforme de la poupe avait été rallongée, le navire avait été recouvert de fibres de verre, les dalots de ponts avaient été remplacés par des surfaces de dégagement et un nouveau câble d'accélérateur avait été installé de façon à accroître la vitesse du moteur. Des témoins ont affirmé que d'autres propriétaires de navire ont eux aussi déjà enlevé une partie de la poupe et ajouté des rallonges pour faciliter la manutention des trappes lors de la pêche à la traîne. À la date du décès, il n'était pas nécessaire de faire inspecter un navire après l'avoir modifié pour évaluer les répercussions des changements apportés sur la stabilité de celui-ci et sur la sécurité de son fonctionnement.

Inquest No. 1 – John Wilcox continued

Witness testimony noted that although there are regulations and inspection requirements for fishing vessels larger than 15 tons, there are none for small commercial fishing vessels. There is a requirement to have life vests, flares and basic life saving equipment and basic emergency training. The Transportation Safety Board's investigation confirmed that the vessel was well maintained and equipped and met the basic requirements for life saving equipment. The vessel was equipped with the necessary life jackets but only one of the four persons on board was wearing one. One crew member wore a floater jacket which allowed him to save his own life, rescue the two survivors and signal for help.

Apart from the Marine Emergency Duties Course, no one on board had formal training in any area of boat operation, marine certification and had no technical knowledge of how to maintain stability when loading the boat. On the day of the accident, the boat had a combined weight of approximately 8,000 lbs from the lobster traps, rope and necessary equipment. The evidence showed that the loading started at the stern, worked back to the wheelhouse and that the boat was more heavily loaded at the stern.

Witnesses confirmed that Transport Canada has the legal authority to regulate, educate and inspect the vessels, as provided for in the Canada Shipping Act (1996) and Small Commercial Fishing Vessel regulations. A new Canada Shipping Act was passed in 2001 and new regulations are now being developed to address the changes in fishing sector since 1966.

Première enquête – John Wilcox (suite)

Des témoins ont fait remarquer qu'il existe des règlements et des exigences d'inspection pour les navires de pêche ayant une charge maximale dépassant 15 tonnes, mais non pour les petits bateaux de pêche commerciale. Ils doivent être munis de gilets de sauvetage, de fusées éclairantes de secours et d'équipement de sauvetage de base, et les occupants doivent suivre une formation fondamentale en secourisme. L'enquête du Bureau de la sécurité des transports du Canada a permis de déterminer que le navire était bien entretenu et bien équipé, et qu'il répondait aux exigences minimales en matière d'équipement de sauvetage. Le navire était muni des gilets de sauvetage requis, mais une seule des quatre personnes à bord en portait un. Un membre de l'équipage portait un gilet de flottaison, ce qui lui a permis de survivre, de venir en aide à deux autres survivants et de signaler l'appel à l'aide.

Mis à part le cours de formation sur les fonctions d'urgence en mer, personne à bord n'avait suivi de formation officielle sur le fonctionnement des navires, n'était titulaire d'un certificat de navigation, ni ne possédait des connaissances techniques sur la façon d'assurer la stabilité du navire lors du chargement. Le jour de l'accident, le navire pesait au total environ 8 000 livres, y compris les trappes, les cordes et le matériel nécessaire. Il a été déterminé que le chargement du navire a débuté par la poupe et s'est poursuivi vers la timonerie et que la partie la plus lourde du chargement se situait à la poupe.

Des témoins ont attesté que Transports Canada a le pouvoir de réglementer et d'inspecter les navires et le pouvoir d'assurer l'éducation connexe en vertu de la *Loi sur la marine marchande du Canada* (1996) et des règlements sur les petits bateaux de pêche commerciale. La *Loi sur la marine marchande du Canada* a été modifiée en 2001 et de nouveaux règlements sont en voie d'être adoptés afin de tenir compte de l'évolution du secteur de la pêche depuis 1966.

Inquest No. 1 – John Wilcox continued

In New Brunswick, Workplace, Health, Safety and Compensation Commission (WHSCC) administers legislation dealing with the compensation and benefits for workers and safe workplaces. Witnesses confirmed that although the Province has jurisdiction, no agency, including WHSCC, has been specifically mandated to protect the health and safety of fishermen on boats with less than 25 employees. The definition of a workplace in the current legislation does not include a fishing vessel.

The jury made the following seven recommendations:

1. All small fishing vessels (15 ton or less) be inspected.
   - One component of inspection will be the presence of a certified load line along the length of the boat.
   - Any structural modifications/additions /extensions will require re-inspection.
   - A life raft will be required.
2. All crew be trained in Marine Emergency Duties and that CPR and Basic First Aid be included in the MED training.
3. All small fishing vessel operators/captains be certified to operate vessel (operator proficiency certification). Certification should be obtained either through participation in seminars and workshops given in the off season at low cost or by challenging a test. Captain's responsibility for the crew (should) be one component of certification.

Première enquête – John Wilcox (suite)

Au Nouveau-Brunswick, la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail (CSSIAT) gère les dispositions législatives portant sur l'indemnisation et les prestations des travailleurs et sur la sécurité des lieux de travail. Des témoins ont confirmé que même si le gouvernement provincial a compétence dans ce domaine, aucun organisme, y compris la CSSIAT, n'a été précisément mandaté pour protéger la santé et la sécurité des pêcheurs sur les navires comptant moins de 25 employés. La définition d'un lieu de travail dans les mesures législatives actuellement en vigueur ne comprend pas les bateaux de pêche.

Le jury a formulé les sept recommandations suivantes :

1. Que tous les petits navires de pêche (15 tonnes ou moins) soient inspectés.
   - Que l'inspection confirme qu'une ligne de charge est indiquée sur le long de l'embarcation.
   - Que les navires soient soumis à une autre inspection après toute modification structurale, rallonge ou annexe.
   - Que chaque navire soit équipé d'un radeau de sauvetage.
2. Que tous les membres de l'équipage suivent une formation sur les Fonctions d'urgence en mer, y compris la RCR et le secourisme élémentaire.
3. Que tous les capitaines et les conducteurs de petits navires de pêche obtiennent un certificat attestant qu'ils possèdent les compétences requises. Le certificat devrait être accordé à la suite de colloques ou d'ateliers offerts à prix modique durant la saison morte ou à la suite d'une évaluation des compétences. La formation à suivre pour l'obtention du certificat

4. We recommend that Transport Canada work in cooperation with the Department of Fisheries and Oceans and/or Worker's Compensation Board to enforce the above recommendations (regulations). Fishing licenses will be issued once above regulations have been met.

5. Boat builders will be responsible for gathering stability and payload data for their boats. This data must be included in the sale of the boat and must remain with the boat.

6. The proposed Regulatory Reform consultations on *Construction Standards for Commercial Fishing Vessels under 24 m in length overall* and *Stability Regulations* submitted by Transport Canada Marine Safety be implemented without delay.

7. We recommend that all of the above be implemented without delay.

The Presiding Coroner made three additional recommendations:

1. That the fishing association encourage the use of lifejackets and participation of its members in training on safety and operator competency.

devrait comprendre un volet sur les responsabilités du capitaine à l'égard des membres de l'équipage.

4. Que le ministère des Transports du Canada travaille en collaboration avec le ministère des Pêches et des Océans et la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents du travail pour assurer la mise en application des recommandations susmentionnées par voie de règlements. Qu'un permis de pêche soit accordé uniquement après que les exigences susmentionnées aient été respectées.

5. Que les constructeurs de navires soient responsables de recueillir des données sur la stabilité et la charge utile de leur navire, que celles-ci soient divulguées lors de la vente de l'embarcation et qu'elles soient remises à tout nouveau propriétaire afin qu'elles demeurent avec le bateau.

6. Que la réforme proposée par la Direction de la sécurité maritime du ministère des Transports du Canada au Règlement concernant la construction et l'inspection des bateaux de pêche d'une longueur d'au plus 24,4 m et aux règlements sur la stabilité soit adoptée sur-le-champ.

7. Que toutes les recommandations susmentionnées soient mises en œuvre dès que possible.

Le coroner enquêteur a formulé les trois autres recommandations suivantes :

1. Que l'association des pêcheurs encourage ses membres à se servir de gilets de sauvetage et à suivre une formation sur la sécurité et les compétences de conducteurs.

Inquest No. 1 – John Wilcox continued

2. That the fishing industry association encourage its members to provide orientation to safety equipment for passengers and regular safety drills for crew.

3. That Transport Canada require that all small commercial fishing vessels be equipped with a float free emergency position indicator radio beacon (EPIRB).

The recommendations were forwarded to the Department of Training and Employment (Post Secondary Education, Training & Labour), the Transportation Safety Board, Transport Canada and Fisheries and Oceans. The recommendations were also forwarded to the N. B. Aboriginal People's Council and fishermen's associations in New Brunswick.

Recommendation #1

All small fishing vessels (15 ton or less) be inspected.

- **One component of inspection will be the presence of a certified load line along the length of the boat.**
- **Any structural modifications/additions /extensions will require re-inspection.**
- **A life raft will be required.**

Transport Canada (TC) is developing a new inspection regime for all small fishing vessels up to 24m in length and is also considering a requirement for a maximum operating draft (minimum operating freeboard), which will be visible on the hull of small fishing vessels. All Canadian commercial

Première enquête – John Wilcox (suite)

2. Que l'association de l'industrie de la pêche encourage ses membres à fournir des renseignements sur le matériel de sécurité aux passagers et à tenir régulièrement des exercices de sécurité pour les membres de l'équipage.

3. Que le ministère des Transports du Canada exige que tous les petits navires de pêche commerciale soient équipés d'une radiobalise de localisation des sinistres à dégagement libre.

Les recommandations ont été transmises au ministère de la Formation et du Développement de l'emploi (Éducation postsecondaire, Formation et Travail), au Bureau canadien de la sécurité des transports du Canada, à Transports Canada et à Pêches et Océans Canada. Elles ont également été transmises au N.B. Aboriginal Peoples Council et aux associations de pêcheurs du Nouveau-Brunswick.

Recommandation n° 1

Que tous les petits navires de pêche (15 tonnes ou moins) soient inspectés.

- **Que l'inspection confirme qu'une ligne de charge est indiquée sur le long de l'embarcation.**
- **Que les navires soient soumis à une autre inspection après toute modification structurale, rallonge ou annexe.**
- **Que chaque navire soit équipé d'un radeau de sauvetage.**

Le ministère des Transports du Canada (TC) élabore actuellement un nouveau programme d'inspection pour les petits navires de pêche de 24 mètres ou moins, et il étudie également la possibilité d'exiger que le tirant d'eau utile maximal (franc-bord minimum) soit visible sur la coque des

vessels are required to advise Transport Canada of modifications to their vessels. Transport Canada is examining additional ways to communicate this requirement to vessel owners. As part of the *Canada Shipping Act* regulatory reform initiative, Transport Canada will also propose changes to existing regulations to more clearly delineate to owners and masters their responsibilities regarding the safety of the vessel and crew and in particular, their obligation to report to Transport Canada any structural modifications or addition of weight and items which may adversely affect their vessel. The training syllabus for the certification of fishing masters will be reviewed to include additional references to vessel modifications and to maximum operating drafts. Marine Safety has introduced new procedures that alert technical staff when a fishing vessel changes ownership or is registered anew. The Fishing Vessel Safety Regulations will include increased carriage of lifesaving equipment on small fishing vessels. The proposed new requirements will be risk-based and be dependant on the type of voyage and operation of the vessel.

The Minister of Fisheries and Oceans advised that vessel modifications have also been identified in other investigations as possible source of incidents. Discussions with Transport Canada have begun to identify such cases and allow Transport Canada to take appropriate follow up measures and ensure that the vessel operator is made aware of potential dangers.

petits navires de pêche. Tous les navires commerciaux canadiens sont tenus de signaler à Transports Canada toutes les modifications apportées à leurs navires. Le ministère des Transports examine aussi d'autres moyens de communiquer cette exigence aux autres propriétaires de navires. Dans le cadre de la réforme réglementaire de la *Loi sur la marine marchande du Canada*, Transports Canada proposera aussi des modifications aux règlements existants afin de délimiter plus clairement les responsabilités des propriétaires et des capitaines concernant la sécurité du navire et de l'équipage et, en particulier, leur obligation de déclarer à Transports Canada toute modification structurale ou tout ajout de poids et d'éléments pouvant avoir une incidence défavorable sur leur navire. Le programme de formation pour l'obtention du certificat de capitaine de pêche sera révisé pour qu'y soient intégrées des références supplémentaires sur la modification des navires et les tirants d'eau maximum. La sécurité maritime a instauré de nouvelles procédures qui avertissent le personnel technique quand un navire de pêche change de propriétaire ou est immatriculé de nouveau. Les règlements sur la sécurité des navires de pêche prévoiront un nombre accru d'appareils de sauvetage exigés à bord sur les petits navires de pêche. Les nouveaux règlements proposés seront fondés sur les risques et dépendants du type de voyage et d'activité du navire.

Le ministre des Pêches et des Océans a signalé que la modification des navires a aussi été identifiée, dans d'autres enquêtes, comme source possible d'incidents. Des discussions ont été entamées avec le ministère des Transports dans le but de préciser ces cas et de permettre à Transports Canada de prendre les mesures de suivi appropriées et de s'assurer que les exploitants de navires sont au courant des dangers potentiels.

Inquest No. 1 – John Wilcox continued

Recommendation #2

All crew be trained in Marine Emergency Duties and that CPR and Basic First Aid be included in the MED training.

Transport Canada agreed that a formal training regime is required in order to create a higher level of safety awareness within the fishing community and to help reduce the number of fatalities. Transport Canada is currently working with approved safety training providers and industry associations to implement the training and enhance awareness among mariners and to make the training available in more remote and rural areas.

Fisheries & Oceans has encouraged and supported the development and implementation of professionalization programs for commercial fishers that include a significant safety training component.

Recommendation #3

All small fishing vessel operators/captains be certified to operate vessel (operator proficiency certification). Certification should be obtained either through participation in seminars and workshops given in the off season at low cost or by challenging a test. Captain's responsibility for the crew (should) be one component of certification.

Première enquête – John Wilcox (suite)

Recommandation n° 2

Que tous les membres de l'équipage suivent une formation sur les Fonctions d'urgence en mer, y compris la RCR et le secourisme élémentaire.

Le ministère des Transports du Canada a convenu qu'un programme de formation régulière était nécessaire pour créer un haut niveau de sensibilisation à la sécurité au sein de la communauté des pêcheurs et pour aider à réduire le nombre de victimes d'accident. Transports Canada travaille actuellement avec des fournisseurs agréés de formation en techniques et normes de sécurité et avec des associations industrielles afin de mettre en œuvre la formation, d'améliorer la sensibilisation des marins, et de fournir l'accès à la formation en milieu éloigné et en zone rurale.

Le ministère des Pêches et des Océans a encouragé et appuyé l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de professionnalisation pour les pêcheurs commerciaux qui comportent une composante importante sur la formation en technique et normes sécurité.

Recommandation n° 3

Que tous les capitaines et les conducteurs de petits navires de pêche obtiennent un certificat attestant qu'ils possèdent les compétences requises. Le certificat devrait être accordé à la suite de colloques ou d'ateliers offerts à prix modique durant la saison morte ou à la suite d'une évaluation des compétences. La formation à suivre pour l'obtention du certificat devrait comprendre un volet sur les responsabilités du capitaine à l'égard des membres de l'équipage.

Inquest No. 1 – John Wilcox continued

Transport Canada is considering a mandatory requirement for operators of smaller vessels to complete a Small Vessel Operator Proficiency (SVOP) course, which would cover the skills necessary to safely operate a vessel. The course is being proposed for all operators of fishing vessels up to 15 tons or 12 metres in length. The proposed Marine Personnel Regulations will require that all fishing vessels will carry, according to the tonnage and destination of the vessel, either a certified master or a person who has completed a small vessel operator proficiency course.

Fisheries & Oceans has encouraged and supported the development and implementation of professionalization programs for commercial fishers that include a significant safety training component.

Recommendation #4

We recommend that Transport Canada work in cooperation with the Department of Fisheries and Oceans and/or Worker's Compensation Board to enforce the above recommendations (regulations). Fishing licenses will be issued once above regulations have been met.

The Minister of Training and Employment Development advises that as a result of the legislative review of the Occupational Health and Safety Act (OHSA), this Department initiated a consultation process through the WHSCC to determine the view of the fishing industry on

Première enquête – John Wilcox (suite)

Le ministère des Transports du Canada examine la possibilité d'imposer à tous les conducteurs de petits navires l'obligation de suivre un cours de perfectionnement des compétences requises pour les conducteurs de petits navires qui porterait sur les compétences nécessaires pour conduire un navire en toute sécurité. Le cours est proposé pour tous les conducteurs de navires de pêche de 15 tonnes ou moins ou de 12 mètres ou moins. Les règlements sur le personnel de navires proposés exigeront que tous les navires de pêche aient à bord, selon le tonnage et la destination du navire, un capitaine breveté ou une personne qui a achevé un cours de perfectionnement des compétences requises pour les conducteurs de petits navires.

Le ministère des Pêches et des Océans a encouragé et appuyé l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de professionnalisation pour les pêcheurs commerciaux qui comportent une composante importante sur la formation en technique et normes sécurité.

Recommandation n° 4

Que le ministère des Transports du Canada travaille en collaboration avec le ministère des Pêches et des Océans et la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents du travail pour assurer la mise en application des recommandations susmentionnées par voie de règlements. Qu'un permis de pêche soit accordé uniquement après que les exigences susmentionnées aient été respectées.

Le ministre de la Formation et du Développement de l'emploi a fait savoir qu'à la suite d'une modification législative de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, ce ministère a entamé un processus de consultation, par l'intermédiaire de la Commission de la santé, de la sécurité et de

provincial government regulation of health and safety activities. WHSCC, representatives from TED and Department of Agriculture, Fisheries and Aquaculture have met to finalize issues contained in a public consultation document. This group also met with representatives of the mid-shore fisheries to gauge the receptiveness of provincial government regulation of occupational health and safety activities. Preliminary feedback suggest that a safer work environment may be possible if the federal government enforced mandatory inspections of all vessels, regardless of the size. Further meetings with the Maritime Fishermen's Union and the Grand Manan Fishermen's Association are planned. Following the completion of these meetings, the WHSCC will seek written submissions from various industry stakeholders.

Transport Canada advised that for many years their Department and the Department of Fisheries & Oceans (DFO) have been working jointly to address safety issues facing commercial fishers, arising from the relationship between the *Canada Shipping Act* and Regulations and the goals of conservation and protection of the fishery. Formalized agreements for information and data-sharing support the interdepartmental efforts. Cooperation will continue as fishery conservation practices and fishing vessel safety regulations evolve. A "Fishsafe" pilot project, directed at increasing the awareness and knowledge within the industry of fishing vessel stability issues, is getting underway. Communication efforts are underway to put

l'indemnisation des accidents au travail, afin de connaître l'opinion de l'industrie de la pêche sur la réglementation provinciale en matière d'hygiène et de sécurité au travail. Les commissaires, des représentants du MFDE et du ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture se sont réunis pour préciser les questions qui seront traitées dans un document de consultation publique. Ce groupe a également rencontré des représentants du secteur de la pêche semi-hauturière pour évaluer la réceptivité de la réglementation des programmes d'hygiène et de sécurité au travail par le gouvernement provincial. Les commentaires préliminaires laissent entendre qu'il serait possible de créer un environnement de travail plus sûr si le gouvernement fédéral mettait à exécution l'inspection obligatoire de tous les navires, peu importe leur taille. D'autres rencontres sont prévues avec l'Union des pêcheurs des Maritimes et la Grand Manan Fishermen's Association. Lorsque ces réunions seront terminées, la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail demandera à divers intervenants de l'industrie de lui transmettre des observations écrites.

Le ministère des Transports du Canada a déclaré que ce ministère et le ministère des Pêches et des Océans travaillent en collaboration depuis de nombreuses années pour traiter des questions de sécurité qui touchent les pêcheurs commerciaux et qui découlent du lien entre la *Loi sur la marine marchande du Canada* et ses règlements afférents et les objectifs de conservation et de protection des ressources halieutiques. Les ententes adoptées officiellement sur l'information et l'échange des données appuient les efforts interministériels. La coopération se poursuivra au fil de l'évolution des pratiques de conservation des ressources halieutiques et des règlements sur la sécurité des navires de pêche. Un projet pilote de sécurité sur les

information into the hands of fishers in order to help them make good choices. Transport Canada is open to working with other Workers Compensation Boards (WCBs) in support of similar initiatives. Rules and enforcement activities by Transport Canada and WCBs are necessary but will not prevent every incident.

Fisheries & Oceans notes that considering vessel safety in licensing decisions has already been identified as having the potential of improving fishers' safety at sea and they will be looking seriously at this recommendation.

Recommendation #5

Boat builders will be responsible for gathering stability and payload data for their boats. This data must be included in the sale of the boat and must remain with the boat.

Transport Canada will be proposing new regulations that include mandatory stability or buoyancy requirements, applicable to all fishing vessels, regardless of the type of fishery. Transport Canada is reviewing current inspection requirements for all existing small fishing vessels. If appropriate, inspection requirements will be modified to include verification of vessel stability. In cooperation with DFO, Transport Canada has an extensive safety awareness program presently in effect. The

navires de pêche (Fishsafe) est en train de démarrer; il est destiné à améliorer la sensibilisation et la connaissance au sein de l'industrie des questions relatives à la stabilité des navires de pêche. Des efforts sont actuellement faits pour transmettre l'information aux pêcheurs pour les aider à faire les bons choix. Transports Canada est disposé à collaborer avec d'autres organismes ou commissions d'indemnisation des accidents au travail afin d'appuyer des initiatives semblables. Les règles et les mécanismes d'application de la loi de Transports Canada et des organismes ou commissions d'indemnisation des accidents au travail sont nécessaires, mais ils ne peuvent prévenir tous les accidents.

Le ministère des Pêches et des Océans souligne que l'examen de la sécurité du navire avant la délivrance d'un permis de pêche est une mesure avérée pouvant contribuer à améliorer la sécurité des pêcheurs en mer, et le Ministère étudiera cette recommandation attentivement.

Recommandation n° 5

Que les constructeurs de navires soient responsables de recueillir des données sur la stabilité et la charge utile de leur navire, que celles-ci soient divulguées lors de la vente de l'embarcation et qu'elles soient remises à tout nouveau propriétaire afin qu'elles demeurent avec le bateau.

Le ministère des Transports du Canada proposera une nouvelle réglementation qui renfermera des exigences obligatoires relatives à la stabilité ou à la flottabilité pour tous les navires de pêche, peu importe le type de pêche. Transports Canada révise actuellement les exigences en matière d'inspection qui sont applicables à tous les petits navires de pêche existants. S'il y a lieu, les exigences en matière d'inspection seront modifiées pour inclure la vérification de la stabilité des navires. Transports

Inquest No. 1 – John Wilcox continued

subject of stability on small fishing vessels is covered in the publication entitled "Small Fishing Vessel Safety Manual". A copy is available on Transport Canada's web site http://www.tc.gc.ca/MarineSafety/TP/Tp10038/menu.htm

Recommendation #6

The proposed Regulatory Reform consultations on *Construction Standards for Commercial Fishing Vessels under 24 m in length overall* and *Stability Regulations* submitted by Transport Canada Marine Safety be implemented without delay.

Transport Canada has been reviewing all regulations applying to fishing vessels in order to develop new regulations and new standards for safety. The present schedule has the final regulatory proposal being published in Part I of the Canada Gazette in the latter part of 2006 to provide interested parties with an additional opportunity to comment. Transport Canada will continue to work with its stakeholders and other government organizations to help raise awareness on various issues relating to fishing vessels by way of information sharing with fishers through Transport Canada Marine Safety inspectors, public notices and Ship Safety Bulletins, among others.

Première enquête – John Wilcox (suite)

Canada, en coopération avec le MPO, offre actuellement un programme intensif de sensibilisation à la sécurité. Le sujet de la stabilité des petits navires de pêche est exposé dans le document intitulé « *Petits bateaux de pêche – Manuel de sécurité* ». Ce document est disponible en ligne sur le site web du ministère des Transports du Canada : http://www.tc.gc.ca/securitemaritime/TP/tp10038/menu.htm

Recommandation n°6

Que la réforme proposée par la Direction de la sécurité maritime du ministère des Transports du Canada au Règlement concernant la construction et l'inspection des bateaux de pêche d'une longueur d'au plus 24,4 m et aux règlements sur la stabilité soit adoptée sur-le-champ.

Le ministère des Transports du Canada a révisé tous les règlements qui s'appliquent aux navires de pêche afin d'élaborer une nouvelle réglementation et de nouvelles normes en matière de sécurité. Le projet de règlement définitif a été publié dans la Partie I de la Gazette du Canada, dans la dernière partie de 2006, pour donner aux parties intéressées la possibilité de faire connaitre leur point de vue. Transports Canada continuera dè collaborer avec ses partenaires et avec d'autres organismes gouvernementaux pour aider à susciter de l'intérêt à l'égard des diverses questions concernant les navires de pêche; à cet effet, il emploiera divers moyens pour favoriser le partage de l'information avec les pêcheurs, notamment les inspecteurs de la Direction de la sécurité maritime du ministère des Transports du Canada, des avis publics et des bulletins de la sécurité des navires.

Inquest No. 1 – John Wilcox continued

Recommendation #7

We recommend that all of the above be implemented without delay.

The Canada Shipping Act 2001 is expected to come into force in November 2006. The final regulatory proposal for fishing vessels will be published in Part I of the Canada Gazette in 2006 in order to provide interested parties with an additional opportunity to comment.

Fisheries & Oceans has already taken a number of initiatives consistent with the jury's recommendations and intends to continue along the same path over the long term. Where possible, the work will be intensified.

Recommendations of the Presiding Coroner:

Recommendation #1 (Presiding Coroner)

That the fishing association encourage the use of lifejackets and participation of its members in training on safety and operator competency.

Transport Canada has been working with the marine industry and the Canadian General Standards Board to change the standards to which lifejackets are constructed to improve wearability and provide a greater variety of styles, including inflatable lifejackets, pouches and thermal suits. It is anticipated that the availability of lightweight, easy to wear, approved lifejackets will encourage fishers to wear the lifesaving vests while working on deck.

For many years DFO has been encouraging fishers to organize as a means to provide the circulation of information and to facilitate participation in the management of fisheries. Improving safety at sea is thus one more reason to encourage fishers to organize.

Première enquête – John Wilcox (suite)

Recommandation n°7

Que toutes les recommandations susmentionnées soient mises en œuvre dès que possible.

La *Loi sur la marine marchande du Canada* de 2001 devrait entrer en vigueur en novembre 2006. Le projet de règlement définitif sur les navires de pêche sera publié dans la Partie I de la Gazette du Canada en 2006, afin de donner aux parties intéressées la possibilité de faire connaitre leur point de vue.

Le ministère des Pêches et des Océans a déjà pris un certain nombre de mesures concordant avec les recommandations des jurés, et il entend continuer dans la même voie à long terme. Dans la mesure du possible, le travail sera intensifié.

Recommandations du coroner enquêteur :

Recommandation n°1 (coroner enquêteur)

Que l'association des pêcheurs encourage ses membres à se servir de gilets de sauvetage et à suivre une formation sur la sécurité et les compétences de conducteurs.

Le ministère des Transports du Canada a collaboré avec l'industrie navale et avec l'Office des normes générales du Canada pour changer les normes relatives à la fabrication des gilets de sauvetage afin d'en améliorer la portabilité et pour avoir accès à une plus grande gamme de styles, incluant des gilets de sauvetage, des sacs et des combinaisons thermales gonflables. On prévoit que la disponibilité de gilets de sauvetage légers, faciles à porter, et approuvés, encouragera les pêcheurs à les porter lorsqu'ils travaillent sur le pont d'un navire.

Depuis des années, le MPO encourage les pêcheurs à s'organiser pour faciliter la circulation de l'information et leur participation à la gestion des pêches. L'amélioration de la sécurité en mer est une raison de plus d'inciter les pêcheurs à se regrouper en association.

Inquest No. 1 – John Wilcox continued

Recommendation #2 (Presiding Coroner)

That the fishing industry association encourage its members to provide orientation to safety equipment for passengers and regular safety drills for crew.

Transport Canada states that the fishing industry association could encourage its members to acquaint themselves with the Board and Fire Drill Regulations and have boat and fire drills regularly practices at intervals of not more than one month. The master of the ship should familiarize and instruct the crew of the ship in respect of the arrangement and facilities of the ship and the duties of the crew in respect of boat and fire drills and require each member of the crew to demonstrate familiarity with the arrangements and facilities of the ship, the duties and any safety equipment that is to be of use.

Recommendation #3 (Presiding Coroner)

That Transport Canada require that all small commercial fishing vessels be equipped with a float free emergency position indicator radio beacon (EPIRB).

Transport Canada currently requires commercial vessels of comparable size to the Miss Megan to carry a VHF radio with Digital Selective Calling (DSC), which has a rapid distress alerting function on most coastal voyages. Commercial vessels 8 metres or more in length are required to carry a 406 MHz EPIRB when making voyages more than 20 miles from shore. Transport Canada will be revisiting with stakeholders the requirement for rapid distress alerting equipment onboard small commercial vessels not currently requiring such equipment. Preliminary findings concerning new carriage requirements for rapid distress alerting

Première enquête – John Wilcox (suite)

Recommandation n°2 (coroner enquêteur)

Que l'association de l'industrie de la pêche encourage ses membres à fournir des renseignements sur le matériel de sécurité aux passagers et à tenir régulièrement des exercices de sécurité pour les membres de l'équipage.

Le ministère des Transports du Canada déclare que l'association de l'industrie de la pêche pourrait encourager ses membres à se familiariser avec les règlements sur les embarcations et les exercices d'incendie et à tenir des exercices d'embarcation et d'incendie au moins une fois par mois. Le capitaine doit connaître et faire connaître aux membres de l'équipage l'équipement et les installations du navire et les responsabilités de chaque membre de l'équipage en ce qui concerne les exercices d'embarcation et d'incendie; il doit aussi veiller à ce que tous les membres de l'équipage connaissent bien les plans et les installations du navire, leurs fonctions particulières et l'équipement de sauvetage disponible.

Recommandation n°3 (coroner enquêteur)

Que le ministère des Transports du Canada exige que tous les petits navires de pêche commerciale soient équipés d'une radiobalise de localisation des sinistres à dégagement libre.

Le ministère des Transports du Canada exige actuellement des navires commerciaux d'une taille comparable à celle du *Miss Megan* qu'ils soient équipés d'une radio à très haute fréquence (VHF) avec appel sélectif numérique (ASN) doté des fonctions d'alerte en cas de détresse lorsqu'ils effectuent la plupart des voyages côtiers. Les navires commerciaux d'une longueur de 8 mètres ou plus doivent être équipés d'une radiobalise de localisation des sinistres (RLS) d'une fréquence de 406 MHz lorsqu'ils effectuent des voyages à plus de 20 milles de la côte. Le ministère des Transports réexaminera avec les parties intéressées la

equipment indicate that a VHF radio with DSC is preferred by the fishing industry and that the requirement should be linked to the relative isolation of a vessel from shore and other vessels, rather than a universal carriage requirement.

possibilité d'exiger la présence d'une radiobalise de détresse sur les petits navires commerciaux qui ne sont pas tenus actuellement d'être munis de ce type d'équipement. Les constatations préliminaires concernant les nouveaux équipements de localisation des sinistres exigés à bord indiquent que l'industrie de la pêche préfère la radio VHF avec ASN et que l'exigence devrait être en lien avec l'isolement relatif d'un navire par rapport à la côte et aux autres navires, plutôt qu'un équipement exigé à bord universellement.

Transportation Safety Board of Canada advises that it has made recommendations in the past regarding small fishing vessel safety aspects, including the requirements to develop a safety culture in the fishing industry. The findings of this inquest only reinforce some of those recommendations and lend support to the need for further remedial action.

Le Bureau de la sécurité des transports du Canada signale avoir déjà fait des recommandations concernant les aspects de la sécurité à bord des petits navires de pêche portant notamment sur le besoin de développer une culture de la sécurité dans l'industrie de la pêche. Les constatations de la présente enquête ne font que renforcer ces recommandations et soutenir le besoin d'autres mesures correctrices.

NB Aboriginal People Council advises that they have begun inspecting all vessels to ensure that the recommendations concerning safety equipment, structural alterations, load lines, lift raft and pertinent information on the safety operation of the vessels with regard to stability and payload data are available to our fisherman. They are also exploring the cost of a float free emergency position indicator radio beacon for each vessel. The commercial fleet is insured and thus periodic reviews take place to satisfy insurance requirements. The level of funding and training dollars is limited to assist fishermen in obtaining operator proficiency certification; therefore, seasoned fishermen are hired to captain vessels. Fishermen will be encouraged to update their skills and participate in seminars and workshops to improve their proficiency levels.

Le Conseil des peuples autochtones du Nouveau-Brunswick a fait savoir qu'il a commencé l'inspection de tous les navires pour s'assurer que nos pêcheurs sont tenus au courant des recommandations concernant l'équipement de sauvetage, les modifications structurales, les lignes de charge et les radeaux de sauvetage, des renseignements pertinents relatifs à la sécurité de fonctionnement des navires, et des données sur la stabilité et la charge utile. Le Bureau examine aussi le coût d'une radiobalise de localisation des sinistres à dégagement libre pour chaque navire. La flottille commerciale est assurée, et elle fait l'objet de vérifications périodiques pour satisfaire les exigences en matière d'assurance. En ce qui concerne l'aide offerte aux pêcheurs pour l'obtention du certificat de compétences, le niveau de financement et le budget pour la formation sont

Inquest No. 1 – John Wilcox continued

Fundy Weir Fishermen's Association advises that the recommendations made by the jury and the Presiding Coroner's additional three recommendations certainly have merit and carry the Association's support. Having said that, fishermen for the most part, cannot afford many more expenses as they are having a difficult time to meet increasing day to day operating costs. Incurring a $10,000.00 bill to have their boat equipped with a certified load line along the length would be devastating to most inshore fishermen. The lack of enforcement, due to manpower and budget constraints, would see this ignored by many inshore fishermen. The Association continues to encourage the use of lifejackets and any other safety related measures. The Association invites guest speakers to the Annual Meeting to discuss safety and operating efficiencies and recognize that while it is not possible to eliminate accidents totally, all possible avenues must be explored and precautions taken.

No responses were received from the other fisher associations at the time of publication.

Première enquête – John Wilcox (suite)

limités; par conséquent, des pêcheurs expérimentés sont embauchés pour commander à bord des navires. Les pêcheurs seront encouragés à perfectionner leurs compétences et à participer à des colloques et à des ateliers afin d'améliorer leur niveau de compétence.

L'association des pêcheurs à la fascine de Fundy (Fundy Weir Fishermen's Association) a confirmé que les recommandations faites par les jurés et les trois recommandations faites par le coroner enquêteur ont certainement du mérite et qu'elles reçoivent l'appui de l'association. Ceci étant dit, les pêcheurs, pour la plupart, ne peuvent se permettre de plus grandes dépenses, car ils ont de la difficulté à faire face à leurs coûts d'exploitation quotidiens croissants. La perspective de devoir payer 10 000 $ pour qu'une ligne de charge soit indiquée sur toute la longueur de leur bateau porte un dur coup à la plupart des pêcheurs côtiers. Le manque de contrôle, dû au manque de main-d'œuvre et de budget, amènerait bon nombre de pêcheurs côtiers à négliger de se conformer. L'Association invite des conférenciers à son assemblée annuelle pour discuter de l'efficacité et de la sécurité à bord et reconnaît que, même s'il est impossible d'éliminer la totalité des accidents, toutes les possibilités doivent être explorées et toutes les précautions, prises.

Aucune réponse n'a été reçue des autres associations de pêcheurs au moment de la publication.

Inquest No. 2 – Steven Bastarache

An inquest was held from June 13 – 17, 2005, in Moncton, N.B., into the death of Steven Bastarache. This 31 year old male, died on July 6, 2004 while in the custody of Corrections officials at the Madawaska Regional Correctional Centre (MRCC) in St. Hilaire, New Brunswick. He had previously been under a conditional sentence for criminal code convictions and incarcerated at the Moncton Detention Centre for a 3 month period and released on probation. While on probation, he was remanded to the same Detention Centre on a manslaughter charge and a drug charge. He was sentenced to 10 days on the drug charge and transferred to the MRCC where he awaited his court appearance on the manslaughter charge.

He had a history of intravenous drug use and had a number of other medical conditions for which he received treatment. On the night of his death, the investigation revealed that marijuana was found in his cell, he appeared to be somewhat intoxicated and he acknowledged that he had taken 10 benzodiazepines. Although he was searched, the officer did not seek medical attention and returned him to his cell at 1:00 a.m. Rounds continued throughout the night when the officer who performed the check at 5:45 a.m. found him deceased, face down in his cell.

The death was accidental to be as a consequence of opiate toxicity.

Deuxième enquête – Steven Bastarache

Une enquête publique a eu lieu du 13 au 17 juin 2005 à Moncton (N.-B.) au sujet du cas de Steven Bastarache, décédé le 6 juillet 2004 à l'âge de 31 ans alors qu'il était sous la garde d'agents des services correctionnels au Centre correctionnel régional du Madawaska (CCRM) à Saint-Hilaire, au Nouveau-Brunswick. Il purgeait auparavant une peine d'emprisonnement avec sursis après avoir été déclaré coupable d'infractions au *Code criminel* et avait été incarcéré pour une période de trois mois au Centre de détention de Moncton, avant d'être mis en probation. Pendant la période de probation, il a été renvoyé au Centre de détention de Moncton après qu'une accusation d'homicide involontaire et une accusation liée à la drogue aient été déposées contre lui. Il a été condamné à une peine de dix jours pour l'infraction liée à la drogue et transféré au CCRM en attendant sa comparution devant le tribunal pour l'accusation d'homicide involontaire.

M. Bastarache avait des antécédents de consommation de drogues injectables et souffrait d'un certain nombre de troubles médicaux pour lesquels il suivait des traitements. L'enquête a révélé que le soir de son décès, les agents ont trouvé de la marijuana dans sa cellule; M. Bastarache semblait quelque peu intoxiqué et a admis qu'il avait pris 10 benzodiazépines. M. Bastarache a fait l'objet d'une fouille, mais l'agent n'a pas jugé bon de faire appel aux services médicaux et l'a retourné dans sa cellule à 1 h. Les rondes de surveillance se sont poursuivies tout au long de la nuit, jusqu'à ce que l'agent qui effectuait la ronde à 5 h 45 le trouve mort gisant face contre terre dans sa cellule.

Il a été déterminé que M. Bastarache est décédé accidentellement des suites d'une intoxication aux opiacés.

Inquest No. 2 – Steven Bastarache continued

Recommendations of the Jury:

1. No leniency on the part of correctional officers on first signs or suspicion of drug intoxication or unusual behaviour among inmates.

2. Correctional officers must have hands on training plus testing in emergency situations in CPR procedures and particularly in the correct use of CPR masks. Exercises should be done every 6 months.

3. a) Should also have hands on training in taking vital signs, respiratory rate, heart rate, level of consciousness, blood pressure and blood oxygen saturation level.

   b) Nurses must assure themselves that correctional officers know how to use proper techniques.

4. All efforts should be made to recruit a physician to visit at least twice a month, and, if a physician cannot be recruited, a nurse-practionner should be recruited to work full time at the institution.

Deuxième enquête – Steven Bastarache (suite)

Recommandations du jury :

1. Dès qu'un détenu présente des signes d'intoxication due à une consommation de drogues ou que l'on soupçonne une consommation de drogues ou que l'on remarque un comportement inhabituel chez le détenu, les agents des services correctionnels doivent faire preuve de fermeté.

2. Les agents des services correctionnels doivent avoir suivi une formation pratique en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et avoir subi des évaluations en situation d'urgence, notamment en ce qui concerne l'utilisation correcte des masques de RCR. Des exercices devraient avoir lieu tous les six mois.

3. a) Les agents des services correctionnels doivent aussi suivre une formation pratique en ce qui a trait à l'évaluation des signes vitaux, dont la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, le niveau de conscience, la mensuration de la tension artérielle et le niveau de saturation du sang en oxygène.

   b) Les infirmières doivent s'assurer que les agents des services correctionnels connaissent les techniques concernant l'évaluation des signes vitaux.

4. Tous les efforts possibles doivent être consacrés au recrutement d'un médecin qui pourra visiter l'établissement au moins deux fois par mois. Si aucun médecin ne peut être recruté, il faudrait embaucher une infirmière praticienne qui sera en poste à l'établissement à plein temps.

Inquest No. 2 – Steven Bastarache continued

5. Have more than one nurse working per day with at least a 2 hour overlap. Having nurses working from 7 am to 10 pm.

6. Write a letter to concerned physicians making them aware of negative effects of certain family of drugs when exposure to other substances make them potentially deadly.

7. Policy should be developed to identify and closely monitor high risk intoxicated inmates.

8. For high risk intoxicated inmates, a number of cells should be equipped with audio and video capabilities to monitor them for their safety.

9. Correctional officers need to provide more intensive supervision of inmates by circulating more frequently in the common areas.

10. Weekly or random drug screens be mandatory for all inmates.

11. Due to rising contraband in the prison system, we recommend the following:

    - perimeter security fences

    - limited or no contact between public and inmates during court appearances (such as new facility in Miramichi)

Deuxième enquête – Steven Bastarache (suite)

5. Il faut retenir les services d'une autre infirmière et les deux devraient se trouver à l'établissement en même temps pendant au moins deux heures consécutives. Au moins une infirmière doit être présente en tout temps de 7 h à 22 h.

6. Il faudra écrire aux médecins concernés afin de les sensibiliser aux effets négatifs d'une certaine catégorie de médicaments qui, lorsqu'ils sont combinés à certaines autres substances, deviennent potentiellement mortels.

7. Une directive doit être élaborée afin de reconnaître les détenus intoxiqués à risque élevé et de les surveiller de plus près.

8. Certaines cellules doivent être équipées pour la surveillance audio et vidéo afin de mieux assurer la sécurité des détenus intoxiqués à risque élevé.

9. Les agents des services correctionnels doivent surveiller les détenus de plus près en circulant plus souvent dans les zones communes de l'établissement.

10. Tous les détenus doivent se soumettre à des séances de dépistage de drogues sur une base hebdomadaire ou au hasard.

11. En raison du problème croissant de la contrebande dans le système carcéral, nous recommandons les mesures suivantes :

    - installation d'une clôture de périmètre de sécurité autour de l'établissement;

    - aucun contact ou contact limité entre les membres du public et les détenus lors des comparutions (comme c'est le cas au nouveau palais de justice de Miramichi);

Inquest No. 2 – Steven Bastarache continued

- better surveillance on inmates while outside jail for medical purposes.

12. Abridged edition of policy books should be available to all employees.

The recommendations were forwarded to the Department of Public Safety and the College of Physicians and Surgeons for their review and consideration.

Recommendation #1

No leniency on the part of correctional officers on first signs or suspicion of drug intoxication or unusual behaviour among inmates.

The Department of Public Safety has amended/developed policies to heighten staff awareness and response to situations involving intoxicated offenders.

Recommendation #2

Correctional officers must have hands on training plus testing in emergency situations in CPR procedures and particularly in the correct use of CPR masks. Exercises should be done every 6 months.

The Department of Public Safety has developed training modules to meet this need, along with the requirements to re-demonstrate the skill every 6 months.

Deuxième enquête – Steven Bastarache (suite)

- meilleure surveillance des détenus qui sont à l'extérieur de la prison pour des raisons médicales.

12. Une version abrégée des directives devrait être disponible afin que tous les employés puissent en prendre connaissance.

Les recommandations ont été transmises au ministère de la Sécurité publique et au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick à des fins d'examen et de réflexion.

Recommandation n° 1

Dès qu'un détenu présente des signes d'intoxication due à une consommation de drogues ou que l'on soupçonne une consommation de drogues ou que l'on remarque un comportement inhabituel chez le détenu, les agents des services correctionnels doivent faire preuve de fermeté.

Le ministère de la Sécurité publique a modifié ses directives et en a mis de nouvelles en œuvre afin de sensibiliser davantage les membres du personnel aux mesures qu'ils doivent prendre en présence de détenus en état d'ivresse.

Recommandation n° 2

Les agents des services correctionnels doivent avoir suivi une formation pratique en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et avoir subi des évaluations en situation d'urgence, notamment en ce qui concerne l'utilisation correcte des masques de RCR. Des exercices devraient avoir lieu tous les six mois.

Le ministère de la Sécurité publique a élaboré des modules de formation pour répondre à ce besoin. De plus, il est maintenant nécessaire de démontrer ces compétences tous les six mois.

Inquest No. 2 – Steven Bastarache continued

Recommendation #3

a) Should also have hands on training in taking vital signs, respiratory rate, heart rate, level of consciousness, blood pressure and blood oxygen saturation level.

b) Nurses must assure themselves that correctional officers know how to use proper techniques.

The Department of Public Safety will consult with its Medical Advisor as to the type of specialized emergency medical response training that can be made available to all correctional staff.

Recommendation #4

All efforts should be made to recruit a physician to visit at least twice a month, and, if a physician cannot be recruited, a nurse-practionner should be recruited to work full time at the institution.

The Department of Public Safety agrees with this recommendation and will continue with the efforts to comply.

Deuxième enquête – Steven Bastarache (suite)

Recommandation n° 3

a. Les agents des services correctionnels doivent aussi suivre une formation pratique en ce qui a trait à l'évaluation des signes vitaux, dont la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, le niveau de conscience, la mensuration de la tension artérielle et le niveau de saturation du sang en oxygène.

b. Les infirmières doivent s'assurer que les agents des services correctionnels connaissent les techniques concernant l'évaluation des signes vitaux.

Le ministère de la Sécurité publique consultera son conseiller médical pour déterminer le genre de formation en intervention médicale d'urgence qui pourrait être offerte à tous les membres du personnel des services correctionnels.

Recommandation n° 4

Tous les efforts possibles doivent être consacrés au recrutement d'un médecin qui pourra visiter l'établissement au moins deux fois par mois. Si aucun médecin ne peut être recruté, il faudrait embaucher une infirmière praticienne qui sera en poste à l'établissement à plein temps.

Le ministère de la Sécurité publique est d'accord avec cette recommandation et continuera à prendre des mesures en vue de la respecter.

Inquest No. 2 – Steven Bastarache continued

Recommendation #5

Have more than one nurse working per day with at least a 2 hour overlap. Having nurses working from 7 am to 10 pm.

The Department of Public Safety has taken steps to comply with this recommendation.

Recommendation #6

Write a letter to concerned physicians making them aware of negative effects of certain family of drugs when exposure to other substances make them potentially deadly.

The Department of Public Safety's medical advisor has agreed to communicate to the appropriate components of the medical community, this concern.

The College of Physicians & Surgeons of N. B. advised that the College's efforts in educating physicians are continuing. The appropriate prescribing of narcotics and benzodiazepines is a feature of the Prescribing Skills Program which has been developed by the N. B. Medical Society with support from the College.

Recommendation #7

Policy should be developed to identify and closely monitor high risk intoxicated inmates.

Deuxième enquête – Steven Bastarache (suite)

Recommandation n° 5

Il faut retenir les services d'une autre infirmière et les deux devraient se trouver à l'établissement en même temps pendant au moins deux heures consécutives. Au moins une infirmière doit être présente en tout temps de 7 h à 22 h.

Le ministère de la Sécurité publique a pris des mesures afin de se conformer à cette recommandation.

Recommandation n° 6

Il faudra écrire aux médecins concernés afin de les sensibiliser aux effets négatifs d'une certaine catégorie de médicaments qui, lorsqu'ils sont combinés à certaines autres substances, deviennent potentiellement mortels.

Le conseiller médical du ministère de la Sécurité publique s'est engagé à faire part de cette préoccupation aux intervenants concernés du milieu médical.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick rapporte que l'organisme poursuit ses efforts visant à informer les médecins. La posologie appropriée de stupéfiants et de benzodiazépines constitue l'un des points traités dans le programme de compétences en matière de prescription élaboré par la Société médicale du Nouveau-Brunswick en collaboration avec le Collège.

Recommandation n° 7

Une directive doit être élaborée afin de reconnaître les détenus intoxiqués à risque élevé et de les surveiller de plus près.

Inquest No. 2 – Steven Bastarache continued

The Department of Public Safety agrees with this recommendation. The Department of Public Safety has amended/developed policies to heighten staff awareness and response to situations involving intoxicated offenders.

Recommendation #8

For high risk intoxicated inmates, a number of cells should be equipped with audio and video capabilities to monitor them for their safety.

The Department of Public Safety has instructed the Department of Supply & Services to increase the present number of video cells from one (1) to three (3). The Department is also exploring the capacity for audio capability.

Recommendation #9

Correctional officers need to provide more intensive supervision of inmates by circulating more frequently in the common areas.

The Department of Public Safety agrees with this recommendation and will reinforce with all institutional staff the obvious benefits of this approach.

Recommendation #10

Weekly or random drug screens be mandatory for all inmates.

The Department of Public Safety will conduct a legal and practical review of the implications of this recommendation.

Deuxième enquête – Steven Bastarache (suite)

Le ministère de la Sécurité publique est d'accord avec cette recommandation. Le Ministère a modifié ses directives et en a mis de nouvelles en œuvre afin de sensibiliser davantage les membres du personnel aux mesures qu'ils doivent prendre en présence de détenus en état d'ivresse.

Recommandation n° 8

Certaines cellules doivent être équipées pour la surveillance audio et vidéo afin de mieux assurer la sécurité des détenus intoxiqués à risque élevé.

Le ministère de la Sécurité publique a demandé au ministère de l'Approvisionnement et des Services d'augmenter le nombre de cellules équipées pour la surveillance vidéo, faisant passer ce nombre d'une à trois cellules. Le ministère de la Sécurité publique étudiera également les possibilités liées à la surveillance audio.

Recommandation n° 9

Les agents des services correctionnels doivent surveiller les détenus de plus près en circulant plus souvent dans les zones communes de l'établissement.

Le ministère de la Sécurité publique est d'accord avec cette recommandation et rappellera à tous les membres du personnel des établissements correctionnels les bienfaits évidents de cette pratique.

Recommandation n° 10

Tous les détenus doivent se soumettre à des séances de dépistage de drogues sur une base hebdomadaire ou au hasard.

Le ministère de la Sécurité publique effectuera un examen juridique et pratique afin de déterminer les répercussions de cette recommandation.

Inquest No. 2 – Steven Bastarache continued

Recommendation #11

Due to rising contraband in the prison system, we recommend the following:

- **perimeter security fences**
- **limited or no contact between public and inmates during court appearances (such as new facility in Miramichi)**
- **better surveillance on inmates while outside jail for medical purposes.**

The Department of Public Safety agrees with this recommendation and will continue working toward the highest level of compliance possible with available resources.

Recommendation #12

Abridged edition of policy books should be available to all employees.

The Department of Public Safety will create a short version of its operational policies, procedures and practices as soon as possible.

The College of Physicians & Surgeons of N. B. advised that the College's efforts in educating physicians are continuing. The appropriate prescribing of narcotics and benzodiazepines is a feature of the Prescribing Skills Program which has been developed by the N. B. Medical Society with support from the College.

Deuxième enquête – Steven Bastarache (suite)

Recommandation n° 11

En raison du problème croissant de la contrebande dans le système carcéral, nous recommandons les mesures suivantes :

- **installation d'une clôture de périmètre de sécurité autour de l'établissement;**
- **aucun contact ou contact limité entre les membres du public et les détenus lors des comparutions (comme c'est le cas au nouveau palais de justice de Miramichi);**
- **meilleure surveillance des détenus qui sont à l'extérieur de la prison pour des raisons médicales.**

Le ministère de la Sécurité publique est d'accord avec cette recommandation et continuera à prendre des mesures pour s'assurer de la respecter autant que possible, en tenant compte des ressources à sa disposition.

Recommandation n° 12

Une version abrégée des directives devrait être disponible afin que tous les employés puissent en prendre connaissance.

Le ministère de la Sécurité publique rédigera dès que possible une version abrégée de ses directives, modalités et pratiques opérationnelles.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick rapporte que l'organisme poursuit ses efforts visant à informer les médecins. La posologie appropriée de stupéfiants et de benzodiazépines constitue l'un des points traités dans le programme de compétences en matière de prescription élaboré par la Société médicale du Nouveau-Brunswick en collaboration avec le Collège.

Inquest No. 2 – Steven Bastarache continued

The Registrar of the College of Physicians & Surgeons made a number of observations concerning care of inmates. The provincial correctional institutions which have onsite physicians offer considerably less access to inmates. Most cannot see a physician and often have treatment prescribed or denied without being appropriately assessed.

There appear to be ongoing difficulties regarding the standard of care to be applied for institutionalized persons. While one's first presumption might be that incarcerated individuals would receive the same standard of care as those who are not, it is clear that security and other issues have a significant impact on the kind of treatment they might receive. To that extent, for example, in some institutions, benzodiazepines and narcotics are simply never prescribed, regardless of whether the inmate received such medications prior to incarceration.

There has been some interest in coordinating the approach among the physicians who are involved in institutional care. There are also a number of national and international organizations which have attempted to encourage some specialized expertise. Nevertheless, physicians who have been providing care in provincial institutions have not taken advantage of this service.

Inquest No. 3 – Remi Cormier

An inquest was held from July 4 – 7, 2005 in Moncton, N.B., into the death of Rémi Cormier. He was a 5 year-old kindergarten student who died on April 6, 2004 as a result of injuries sustained when he was struck by his school bus. The school bus driver, an experienced spare driver, was new to this particular route. He had driven the route only twice

Deuxième enquête – Steven Bastarache (suite)

Le registraire du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a formulé un certain nombre d'observations concernant le traitement des détenus. Les détenus dans les établissements correctionnels provinciaux qui ont des médecins sur place ont beaucoup plus de difficulté à avoir accès aux services médicaux. La plupart ne peuvent pas voir un médecin, essuient souvent un refus ou sont souvent traités sans évaluation adéquate.

Il semble y avoir des difficultés persistantes concernant les normes sur le niveau de soins devant être appliquées aux détenus des établissements correctionnels. Bien que l'on puisse croire que les détenus dans les établissements reçoivent des soins de qualité semblable à ceux offerts au grand public, il est évident que des questions de sécurité et d'autres considérations ont des répercussions considérables sur le type de soins qui leur sont offerts. Par exemple, dans certains établissements, on ne prescrit jamais de stupéfiants ni de benzodiazépines, même si le détenu prenait de tels médicaments avant son incarcération.

Les médecins qui fournissent des soins dans les établissements correctionnels de la province se sont montrés intéressés à coordonner leur approche. De plus, un certain nombre d'organismes nationaux et internationaux ont tenté d'encourager l'acquisition de connaissances spécialisées. Pourtant, les médecins qui fournissent des soins dans les établissements correctionnels provinciaux n'ont pas profité de ces occasions.

Troisième enquête – Remi Cormier

Une enquête publique a eu lieu du 4 au 7 juillet 2005 à Moncton (N.-B.) au sujet du cas de Rémi Cormier, décédé le 6 avril 2004 à l'âge de 5 ans des suites de blessures subies lorsqu'il a été heurté par un autobus scolaire qui devait le transporter à la maternelle. Le conducteur, un chauffeur de remplacement expérimenté, n'était pas

prior to the accident, once with the regular driver and once on his own. Although Remi and his brother usually took the bus to school, they had not taken the bus on either morning when this new driver was being oriented to the route.

The road where the Cormier's home was located is a cul-de-sac. The regular driver would drive to the end of the road and turn before picking up the children. By so doing, the children did not have to cross the road. On the morning of April 6, 2004, weather conditions were poor. To reduce waiting time in the inclement weather, the driver decided to stop on his way in the road. The driver attended to the safety of the older brother who crossed and successfully boarded the bus. Remi was in or near the family car in the driveway and although the driver saw him there, he did not realize that Remi was also expecting to take the bus. The driver pulled away from the bus stop as Remi rushed across to board.

Recommendations of the Jury:

We find that school buses are safe and that people and structures at all levels are doing a very good job to ensure pupil safety. Nevertheless, based on the evidence presented, we make the following recommendations:

1. That a second crossing control arm be installed on the left front of every bus so that children crossing the road would be forced to go out around both arms in order to be more noticeable to the driver.

familier avec l'itinéraire. Il avait fait le trajet seulement deux fois avant le jour de l'accident, soit une fois en compagnie du conducteur régulier et une fois seul. Rémi et son frère prenaient habituellement l'autobus, mais ni l'un ni l'autre ne l'avait pris le matin où le chauffeur de remplacement avait reçu l'orientation pour son nouvel itinéraire.

La demeure de la famille Cormier est située dans un cul-de-sac. Le conducteur régulier se rendait au fond de la rue et faisait demi-tour avant de revenir prendre les enfants. Ainsi, ces derniers n'avaient pas à traverser la rue. Le temps était mauvais le matin du 6 avril 2004. Le conducteur a décidé de prendre les enfants avant de faire le demi-tour habituel afin qu'ils n'aient pas à attendre aussi longtemps par mauvais temps. Le conducteur a surveillé l'enfant plus âgé traverser la rue et prendre place à l'intérieur de l'autobus. Rémi était à l'intérieur ou près de l'auto familiale dans l'entrée. Le conducteur l'a aperçu, mais n'a pas réalisé qu'il devait également prendre l'autobus. Le conducteur a repris sa route au moment où Rémi se dépêchait à traverser la rue pour prendre l'autobus.

Recommandations du jury :

Nous trouvons que le transport par autobus scolaire est sécuritaire et que les organismes et responsables à tous les niveaux font un très bon travail pour assurer la sécurité des élèves. Néanmoins, en nous fondant sur les éléments de preuve présentés, nous formulons les recommandations suivantes :

1. Qu'un second bras de sécurité soit installé sur le côté gauche à l'avant de chaque autobus afin que les enfants traversant la rue soient obligés de faire le tour des deux bras et soient ainsi plus visibles pour le conducteur d'autobus.

Inquest No. 3 – Remi Cormier continued

2. That every school bus driver will have, within two weeks of the beginning of the school year, a route description with the stops, times and names of children embarking and/or disembarking at each stop. And further that said list shall be updated as required and verified at the beginning of each school term.

3. That a school bus monitor be present on the school bus whenever a substitute driver is required to drive an unfamiliar route and for a period of up to two weeks during the transition of a new driver assuming a route on a more permanent basis. Said monitor would specifically get off the bus and oversee the safe embarking and disembarking of students on the list.

4. That Regulation 4 subsection 1 of New Brunswick Regulation 2001-51 under the Education Act (O.C. 2001- 312) be amended to read as follows: "The superintendent of each school district shall designate loading points along each conveyance route, said points shall be clearly marked with a school-bus-stop-sign, and no pupil shall be taken on or discharged from a school vehicle except at such points."

5. That the "DinoBus" Program be further enhanced with materials for reinforcement of the 12 main points with coloring pages, animated CDs and other visual and/or interactive teaching aids, and that an additional review of the entire program be completed with every kindergarten class within two weeks following the Christmas break.

Troisième enquête – Remi Cormier (suite)

2. Que chaque conducteur d'autobus reçoive, deux semaines avant le début de l'année scolaire, une description du trajet avec les arrêts, l'horaire prévu et le nom des enfants qui montent ou descendent à chaque arrêt. De plus, il faudra que la liste soit mise à jour au besoin et vérifiée au début de chaque semestre.

3. Qu'un moniteur d'autobus scolaire soit présent à bord de l'autobus quand un remplaçant doit faire un trajet non familier et ce, jusqu'à une période de deux semaines pendant la transition dans le cas d'un nouveau conducteur d'autobus qui s'occupera d'un trajet de façon plus permanente. Ce moniteur descendra de l'autobus pour voir à la sécurité des élèves figurant sur la liste quand ils montent dans l'autobus ou en descendent à chaque arrêt.

4. Que le paragraphe 4(1) du Règlement 2001-51 en vertu de la *Loi sur l'éducation* (D.C. 2001-312) soit modifié comme suit : 4(1) Le directeur général de chaque district scolaire doit désigner les points de ramassage le long de chaque trajet de transport en marquant chacun de ces points par une enseigne d'arrêt d'autobus scolaire, et nul élève ne peut monter à bord d'un véhicule scolaire ni en descendre qu'en ces points.

5. Qu'on améliore le programme « DINO BUS » en utilisant du matériel pour renforcer les 12 principaux points en utilisant des pages à colorer, des CD et d'autres moyens visuels ou interactifs et qu'une autre révision du programme au complet soit effectuée avec chaque classe de maternelle dans les deux semaines suivant le congé de Noël.

Inquest No. 3 – Remi Cormier continued

6. That the initial Bus Driver Training Program and every refresher course be enhanced with increased attention to the following:

   a) Bus stop issues, bus stop do's and don'ts and the particular dangers present at bus stops.

   b) Expanded driver awareness of potential dangers as per the Transport Canada Fault Tree.

   c) An emphasis on understanding the importance of human factors (eg. effects of fatigue, stress, distractions, depression).

The recommendations were forwarded to the Department of Education and the Canadian Standards Association for a response.

The Department of Education staff took immediate action by informing all school districts, consulting manufacturers and other stakeholders.

Recommendation #1

That a second crossing control arm be installed on the left front of every bus so that children crossing the road would be forced to go out around both arms in order to be more noticeable to the driver.

The Department of Education conducted research with the manufacturer of pedestrian crossing arms and no second arm exists in the market place; however, if one becomes available, we will entertain installation on all buses. The Department

Troisième enquête – Remi Cormier (suite)

6. Que le programme initial de formation des conducteurs d'autobus et les cours de recyclage soient améliorés en accordant plus d'attention à ce qui suit :

   a) Discuter des questions relatives aux arrêts d'autobus, des choses à faire et à ne pas faire, des dangers possibles aux arrêts d'autobus.

   b) Améliorer la sensibilisation des conducteurs d'autobus scolaire aux dangers au moyen de l'arbre de défaillances de Transports Canada.

   c) Mettre l'accent sur l'importance des facteurs humains comme les effets de la fatigue, du stress, d'une dépression ou de distractions.

Les recommandations ont été transmises au ministère de l'Éducation et à l'Association canadienne de normalisation (CSA) pour qu'ils y répondent.

Le personnel du ministère de l'Éducation a pris des mesures immédiates en informant tous les districts scolaires et en consultant des fabricants et d'autres intervenants.

Recommandation n° 1

Qu'un second bras de sécurité soit installé sur le côté gauche à l'avant de chaque autobus afin que les enfants traversant la rue soient obligés de faire le tour des deux bras et soient ainsi plus visibles pour le conducteur d'autobus.

Le ministère de l'Éducation a effectué des recherches en collaboration avec le fabricant des bras d'éloignement, ou bras de sécurité, pour les autobus scolaires et ils ont découvert que ce produit n'existe pas sur le marché. Cependant, si un tel

Inquest No. 3 – Remi Cormier continued

has asked to participate in research being conducted by Transport Canada into new safety devices under development for pedestrians in the vicinity of school buses. Furthermore, the Department will enhance literature to parents and guardians with respect to pupil safety in and around bus loading areas.

Recommendation #2

That every school bus driver will have, within two weeks of the beginning of the school year, a route description with the stops, times and names of children embarking and/or disembarking at each stop. And further that said list shall be updated as required and verified at the beginning of each school term.

The Department of Education is currently consulting with school districts on this recommendation.

Recommendation #3

That a school bus monitor be present on the school bus whenever a substitute driver is required to drive an unfamiliar route and for a period of up to two weeks during the transition of a new driver assuming a route on a more permanent basis. Said monitor would specifically get off the bus and oversee the safe embarking and disembarking of students on the list.

The Department of Education is currently consulting with school districts on this recommendation.

Troisième enquête – Remi Cormier (suite)

produit devient disponible, le ministère de l'Éducation envisagera d'en installer un sur tous les autobus. Le ministère de l'Éducation a demandé de participer à une recherche menée par Transports Canada sur les nouveaux dispositifs de sécurité pour les piétions à proximité des autobus scolaires qui sont actuellement en cours d'élaboration. De plus, le ministère de l'Éducation améliorera la documentation destinée aux parents et aux tuteurs concernant la sécurité des élèves près des arrêts d'autobus.

Recommandation n° 2

Que chaque conducteur d'autobus reçoive, deux semaines avant le début de l'année scolaire, une description du trajet avec les arrêts, l'horaire prévu et le nom des enfants qui montent ou descendent à chaque arrêt. De plus, il faudra que la liste soit mise à jour au besoin et vérifiée au début de chaque semestre.

Le ministère de l'Éducation consulte actuellement les districts scolaires à propos de cette recommandation.

Recommandation n° 3

Qu'un moniteur d'autobus scolaire soit présent à bord de l'autobus quand un remplaçant doit faire un trajet non familier et ce, jusqu'à une période de deux semaines pendant la transition dans le cas d'un nouveau conducteur d'autobus qui s'occupera d'un trajet de façon plus permanente. Ce moniteur descendra de l'autobus pour voir à la sécurité des élèves figurant sur la liste quand ils montent dans l'autobus ou en descendent à chaque arrêt.

Le ministère de l'Éducation consulte actuellement les districts scolaires à propos de cette recommandation.

Inquest No. 3 – Remi Cormier continued

Recommendation #4

That Regulation 4 subsection 1 of New Brunswick Regulation 2001-51 under the Education Act (O.C. 2001- 312) be amended to read as follows: "The superintendent of each school district shall designate loading points along each conveyance route, said points shall be clearly marked with a school-bus-stop-sign, and no pupil shall be taken on or discharged from a school vehicle except at such points."

The Department of Education is consulting with school districts and the Department of Public Safety on this recommendation.

Recommendation #5

That the "DinoBus" Program be further enhanced with materials for reinforcement of the 12 main points with coloring pages, animated CDs and other visual and/or interactive teaching aids, and that an additional review of the entire program be completed with every kindergarten class within two weeks following the Christmas break.

The Department of Education states that the Dino-bus Program will be enhanced with new material and be available for September 2006. The frequency of offering the program is being discussed with the Districts.

Recommendation #6

That the initial Bus Driver Training Program and every refresher course be enhanced with increased attention to the following:

a) Bus stop issues, bus stop do's and don'ts and the particular dangers present at bus stops.

Troisième enquête – Remi Cormier (suite)

Recommandation n° 4

Que le paragraphe 4(1) du Règlement 2001-51 en vertu de la *Loi sur l'éducation* (D.C. 2001-312) soit modifié comme suit : 4(1) Le directeur général de chaque district scolaire doit désigner les points de ramassage le long de chaque trajet de transport en marquant chacun de ces points par une enseigne d'arrêt d'autobus scolaire, et nul élève ne peut monter à bord d'un véhicule scolaire ni en descendre qu'en ces points.

Le ministère de l'Éducation consulte actuellement les districts scolaires et le ministère de la Sécurité publique à propos de cette recommandation.

Recommandation n° 5

Qu'on améliore le programme « DINO BUS » en utilisant du matériel pour renforcer les 12 principaux points en utilisant des pages à colorer, des CD et d'autres moyens visuels ou interactifs et qu'une autre révision du programme au complet soit effectuée avec chaque classe de maternelle dans les deux semaines suivant le congé de Noël.

Le ministère de l'Éducation apportera des améliorations au programme DinoBUS grâce à du nouveau matériel qui sera prêt en septembre 2006. Il discute également avec les districts scolaires de la fréquence à laquelle le programme est offert.

Recommandation n° 6

Que le programme initial de formation des conducteurs d'autobus et les cours de recyclage soient améliorés en accordant plus d'attention à ce qui suit :

a) Discuter des questions relatives aux arrêts d'autobus, des choses à faire et à ne pas faire, des dangers possibles aux arrêts d'autobus.

Inquest No. 3 – Remi Cormier continued

b) Expanded driver awareness of potential dangers as per the Transport Canada Fault Tree.

c) An emphasis on understanding the importance of human factors (eg. effects of fatigue, stress, distractions, depression).

The Department of Education advises that the initial provincial Bus Driver Training Program as well as Refresher training is being enhanced. Some elements are now in place and are currently being provided to new drivers; the remainder will be in place by September 2006.

At the time of publication, there was no response from the Canadian Standards Association.

Inquest No. 4 – Heather White

An inquest was held in Fredericton, N. B., from July 7 – 15, 2005 into the death of this 16 year old female who died on November 18, 2003. Her family was involved with Family & Community Services from the time she was four years of age. Following the death of her mother in a house fire, she initially remained with her aunt and uncle but elected to go back with her father. She remained with him and his wife until April 1997 when she was removed because of sexual assault charges against him by other minors. She was placed in foster care in 1997 but continued to have visits with her father for some time after this, as directed by the

Troisième enquête – Remi Cormier (suite)

b) Améliorer la sensibilisation des conducteurs d'autobus scolaire aux dangers au moyen de l'arbre de défaillances de Transports Canada.

c) Mettre l'accent sur l'importance des facteurs humains comme les effets de la fatigue, du stress, d'une dépression ou de distractions.

Le ministère de l'Éducation apporte actuellement des améliorations au programme provincial de formation des conducteurs et à la formation de recyclage. Certains éléments sont maintenant au point et sont offerts aux nouveaux conducteurs. Les autres seront offerts d'ici septembre 2006.

Au moment de la publication du présent rapport, nous n'avions toujours pas obtenu une réponse de l'Association canadienne de normalisation (CSA).

Quatrième enquête – Heather White

Une enquête publique a eu lieu du 7 au 15 juillet 2005 à Fredericton (N.-B.) au sujet du décès d'une adolescente de 16 ans survenu le 18 novembre 2003. Le dossier de sa famille au ministère des Services familiaux et communautaires a été ouvert lorsqu'elle avait quatre ans. Après le décès de sa mère dans l'incendie d'une maison, Heather est demeurée avec sa tante et son oncle, mais elle a plus tard choisi de retourner vivre avec son père. Elle a vécu avec son père et sa belle-mère jusqu'en avril 1997, puis elle a été retirée du foyer en raison d'accusations d'agression sexuelle portées contre son père par des mineurs. Elle a été placée

Inquest No. 4 – Heather White continued

court order, despite the fact that he was serving jail time on weekends for sexual assault charges against minors. At age 11, Heather disclosed sexual abuse by her father and the visits ceased. Investigations by police and Family & Community Services officials resulted in actions to ensure protective care and ultimately a guardianship order.

During the time Heather was in the care of the province, she lived with three foster families and was followed by multiple social workers and mental health counsellors. She received mental health counselling during the transition period from her family to foster parents, when she was made a permanent ward of the province (June 1997-June 2000). She also received services from mental health counsellors when school officials expressed concern about her writing violent poetry (November 2001 – May 2002). Mental Health services were terminated by mutual consent, although Family & Community Services were not notified of this decision, but rather the foster mother.

In June 2003, she was admitted to Hospital following a suicide attempt. She was assessed by a psychiatrist in hospital, who felt she was not depressed and that the incident was an impulsive, isolated event. Afterwards, the information about the suicide attempt was not communicated to all individuals involved in her care. However, Mental Health staff did see her following the attempt, as recommended by the psychiatrist.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

dans une famille d'accueil en 1997, mais, conformément aux directives de l'ordonnance du tribunal, les visites avec son père se sont poursuivies pendant quelque temps, même s'il purgeait une peine d'emprisonnement de fin de semaine pour l'agression sexuelle de mineurs. À l'âge de 11 ans, Heather a révélé qu'elle était victime de violence sexuelle de son père, et les visites ont pris fin. Par suite des enquêtes menées par la police et les représentants du ministère des Services familiaux et communautaires, des mesures ont été prises concernant un régime de protection et, finalement, une ordonnance de tutelle.

Pendant que Heather était sous la tutelle du gouvernement provincial, elle a vécu avec trois familles d'accueil différentes et elle a été vue par plusieurs travailleurs sociaux et conseillers en santé mentale. Elle a reçu du counseling en santé mentale durant la transition du foyer familial au foyer d'accueil après avoir été admise sous la tutelle permanente du gouvernement provincial (de juin 1997 à juin 2000). Elle a aussi reçu des services des conseillers en santé mentale après que le personnel scolaire eut exprimé des préoccupations à l'égard de la poésie violente qu'elle écrivait (de novembre 2001 à mai 2002). Ces services ont cessé par consentement mutuel, mais le ministère des Services familiaux et communautaires n'a pas été avisé de la décision. C'est la mère de famille d'accueil qui a été mise au courant.

En juin 2003, Heather a été admise à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide. Elle a été évaluée par un psychiatre qui a jugé qu'elle n'était pas déprimée et que la tentative de suicide était un incident impulsif et isolé. L'information concernant sa tentative de suicide n'a pas été communiquée à toutes les personnes qui lui fournissaient des soins. Le personnel de la Santé mentale a cependant vu Heather après sa tentative de suicide, selon les recommandations du psychiatre.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Following her suicide attempt in June 2003, she was prescribed psychotropic medication (Celexa) by a family physician when he received hospital documents detailing her care. However, this decision was taken without consulting the psychiatrist, and without the knowledge and written consent of the social worker, the agent legally responsible for her medical treatment. Celexa was not present following her death when the toxicological analysis was done, and testimony at the inquest indicated that she had ceased taking the medication. Health Canada issued an advisory in February 2004 that anti-depressants, including Celexa, are not recommended for use in adolescents and if prescribed, require careful monitoring.

During this same period, the foster family were experiencing problems of their own and the RCMP paid a visit to investigate concerns about another individual in the home who was at risk of suicide. The firearms were not removed from the home and the fact that the key to the storage cabinet was missing was not identified in their investigation.

Throughout the summer, Heather remained with the foster family but spent much of the time in respite care because of other pressures on the foster family. She returned in time to recommence school and during the beginning of the term began drawing violent pictures and writing dark poetry. The school again expressed concern about these preoccupations. She had commenced counselling with mental health, following her suicide attempt in June. Her counsellor did not perceive the difficulties she was experiencing as a risk of suicide but there is evidence that he did not have complete information of her situation. He was not aware she had been diagnosed as depressed by her family physician and that she was on a regimen of anti-depressants.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Après sa tentative de suicide en juin 2003, un médecin de famille qui avait reçu son dossier de l'hôpital lui a prescrit un médicament psychotrope (Celexa®). Il a pris cette décision sans consulter le psychiatre, de même qu'à l'insu et sans le consentement écrit du travailleur social, l'agent légalement responsable du traitement médical. L'évaluation toxicologique suivant le décès n'a pas révélé de trace de Celexa®, et selon les témoignages recueillis durant l'enquête, Heather avait cessé de prendre les médicaments. En février 2004, Santé Canada a émis un avis selon lequel les antidépresseurs, y compris le Celexa®, ne sont pas recommandés pour traiter les adolescents. L'avis précisait que les patients auxquels ils sont prescrits nécessitent un suivi attentif.

Durant cette même période, la famille d'accueil a vécu des difficultés, et la GRC s'est rendue sur place pour enquêter au sujet d'une autre personne suicidaire. Les armes à feu n'ont pas été retirées du foyer, et le fait que la clé de l'armoire de rangement manquait est passé inaperçu durant l'enquête de la GRC.

Tout au long de l'été, Heather est demeurée avec la famille d'accueil, mais elle a passé beaucoup de temps en soins de relève en raison des autres pressions qui s'exerçaient sur la famille d'accueil. Elle y est retournée à temps pour recommencer l'école. Au début du semestre, elle a commencé à dessiner des images de violence et à écrire de la poésie sombre. Le personnel scolaire a de nouveau exprimé des inquiétudes. Elle avait vu un conseiller en santé mentale au mois de juin, suivant sa tentative de suicide. Son conseiller n'a pas perçu ses difficultés comme posant un risque de suicide, mais les preuves indiquent qu'il ne disposait pas de renseignements complets sur sa situation. Il ignorait que son médecin de famille avait diagnostiqué une dépression et prescrit des antidépresseurs.

Inquest No. 4 – Heather White continued

During this time, the foster parents separated for several days and the mother went to a transition house, leaving Heather with the foster father. Shortly thereafter, following the couple's reconciliation, the foster mother and Heather received counselling with Mental Health. Although the mental health counsellor felt that the situation had been resolved, Heather White died by suicide with a firearm on November 18, 2003.

In addition to the events in Heather's life and the services she received, the jury heard testimony on:

1. The findings and recommendations from the internal review of the death of Heather Lindsay White. (Report to the Child Death Review Committee February 2004).

2. Policies, Plans and memoranda, explained by witnesses from Family & Community Services and Mental Health and provided as exhibits to the jury (January-July 2005 period).

3. The Child Death Review Committee's Report to the Minister of Family & Community Services on the 1998 death of Jacqueline Dawn Brewer and the recommendations that were relevant to the White case. In its inaugural review, the Committee made many recommendations including the need for improved communications between Family & Community Services staff and Mental Health staff (July 1998 – see http://www.gnb.ca/0017/Protection/childdeath/report-e.asp)

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Au cours de cette période, les parents de famille d'accueil se sont séparés pendant plusieurs jours. La mère est allée vivre dans une maison de transition, laissant Heather avec le père de famille d'accueil. Peu après, à la suite de la réconciliation du couple, la mère de famille d'accueil et Heather ont vu un conseiller en santé mentale.. De l'avis du conseiller en santé mentale la situation était réglée, mais Heather White s'est suicidée au moyen d'une arme à feu le 18 novembre 2003.

Outre les événements survenus dans la vie de Heather et les services qu'elle a reçus, le jury a entendu des témoignages portant sur :

1. Les conclusions et les recommandations de l'examen interne sur le décès de Heather Lindsay White (rapport du Comité d'examen des décès d'enfants, février 2004);

2. Les directives, les plans et les notes expliqués par les témoins de Services familiaux et communautaires et des Services de santé mentale et présentés au jury à titre d'éléments de preuve (de janvier à juillet 2005).

3. Les conclusions du rapport du Comité d'examen des décès d'enfants présenté à la ministre de la Santé et des Services communautaires au sujet du décès, en 1998, de Jacqueline Dawn Brewer, en particulier les recommandations applicables au cas de Heather White. Le Comité avait fait de nombreuses recommandations à la suite de ce premier examen, y compris la nécessité d'améliorer la communication entre le personnel du ministère de la Santé et des Services communautaires et le personnel des Services de santé mentale (juillet 1998 – voir http://www.gnb.ca/0017/Protection/childdeath/report-f.asp);

Inquest No. 4 – Heather White continued

4. The Minister's Action Plan in response to the Brewer report and recommendations, included broadening the scope of application to all cases under the care of the Minister (September 1988 - see (http://www.gnb.ca/0017/Protection/childdeath/reply-e.asp).

5. The concerns about prescribing anti-depressants to adolescents. An expert from Health Canada testified that they had issued advisories on the potential for behavioural and emotional changes, including risk of self-harm from Celexa and other anti-depressants. These advisories were issued following extensive review of the appropriate uses of anti-depressants by a Scientific Advisory Panel. Copies of the June 2004 advisory can be viewed at: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/2004/2004_31_e.html - note that an earlier advisory was sent in February 2004 on the same topic.

The jury endorsed all the recommendations of departmental officials included in the Report to the Child Death Review Committee (February 2004).

The jury also endorsed actions taken by the Departments following the death and after the Report was submitted to the Child Death Review Committee. These were described by officials in their testimony and offered as exhibits at the inquest.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

4. Le plan d'action de la ministre en réponse aux recommandations du rapport Brewer, qui prévoyait une extension du champ d'application de façon à inclure tous les enfants sous la tutelle du ministère (septembre 1998 – voir http://www.gnb.ca/0017/Protection/childdeath/reply-f.asp).

5. Les préoccupations concernant la prescription d'antidépresseurs aux adolescents. Un spécialiste de Santé Canada a fait un témoignage sur les avis émis au sujet des changements comportementaux ou émotifs pouvant être associés au Celexa® et à d'autres antidépresseurs, incluant le risque de poser des gestes autodestructeurs. Ces avis étaient fondés sur un examen approfondi d'un groupe consultatif scientifique concernant l'usage approprié des antidépresseurs. L'avis de juin 2004 peut être consulté sur Internet à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/2004/2004_31_f.html. Il importe de signaler qu'un avis antérieur avait été.

Le jury a entériné toutes les recommandations des représentants des ministères qui figurent dans le Rapport au Comité d'examen des décès d'enfants (février 2004).

Le jury a aussi appuyé les mesures prises par les ministères à la suite du décès et après la présentation du Rapport au Comité d'examen des décès d'enfants. Les représentants des ministères ont décrit ces mesures dans leurs témoignages. Celles-ci ont été soumises comme preuves à l'enquête.

Inquest No. 4 – Heather White continued

The jury made recommendations in seven categories. Where the jury endorsed an action already taken or recommendations already made, the content of the action or recommendation is included in italics for clarity.

The jury made 22 recommendations in seven categories:

A. Education & Training of Child Care Professionals
B. Child History & Documents
C. Foster Parent Program
D. Lethal Weapons
E. Communications
F. Legislative Changes
G. Broader Education Strategies

The Presiding Coroner made two additional recommendations.

Recommendations of the Jury

A. EDUCATION AND TRAINING OF CHILD CARE PROFESSIONALS

Entry to Profession

1. We recommend that the appropriate accreditation bodies act to require the inclusion of modules on suicide prevention and intervention in the education curricula of the certified programs of post-secondary institutions.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Le jury a fait des recommandations dans sept catégories. Toute mesure déjà prise ou toute recommandation déjà formulée qui a été appuyée par le jury est indiquée en italique à des fins de clarté.

Le jury a présenté 22 recommandations dans sept catégories :

A. Éducation et formation des professionnels des soins à l'enfance
B. Antédédents de l'enfant et documentation
C. Programme des familles d'accueil
D. Armes meurtrières
E. Communications
F. Modifications législatives
G. Stratégies éducatives générales

Le coroner qui a présidé l'enquête a fait deux autres recommandations.

Recommandations du jury

A. ÉDUCATION ET FORMATION DES PROFESSIONNELS DES SOINS À L'ENFANCE

Entrée dans la profession

1. Nous recommandons que les organismes d'accréditation concernés exigent l'inclusion de modules sur la prévention et l'intervention en matière de suicide dans les programmes d'études attestés des établissements postsecondaires.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Pre-employment training for Clinicians

2. We recommend that any new clinician being offered employment by the Department of {Health and Wellness} Mental Health Services be given the ASIST training prior to the assignment of a caseload.

3. We recommend that any clinician being offered employment by the Department of Family & Community Services be given the ASIST training as part of Module 103 of the Core 100 series modules for Child Welfare Social Workers.

In-service Training & Upgrading

We affirm the protocols and action plan contained in Exhibit C38, clauses 1 and 2 and in the memo dated July 4, 2005 concerning the Protocols respecting Children in Care, pages 1, 2 {and} 3.

These recommendations references a directive from Assistant Deputy Minister of Program Development and Monitoring Division, Department of Family and Community Services and Assistant Deputy Minister of Mental Health Services Division, Department of Health and Wellness, outlining the plans for ASIST training.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Formation préalable à l'emploi pour les cliniciens

2. Nous recommandons que tout nouveau clinicien embauché par la Division des services de santé mentale (du ministère de la Santé et du Mieux-être) reçoive la Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (FATIS) avant de se faire confier des clients.

3. Nous recommandons que tout nouveau clinicien embauché par le ministère des Services familiaux et communautaires reçoive la FATIS dans le cadre du module 103 des modules de base de la série 100 à l'intention des travailleurs sociaux en bien-être de l'enfance.

Formation et perfectionnement en cours d'emploi

Nous approuvons les protocoles et le plan d'action contenus dans les dispositions 1 et 2 de l'élément de preuve C38 et les pages 1, 2 et 3 de la note de service datée du 4 juillet 2005 sur les protocoles à l'égard des enfants sous la tutelle du ministre.

Ces recommandations évoquent une directive de la sous-ministre adjointe responsable de l'élaboration et de la surveillance des programmes du ministère des Services familiaux et communautaires et du sous-ministre adjoint responsable des services de santé mentale du ministère de la Santé et du Mieux-être. Elle donne un aperçu des prévisions en ce qui concerne la FATIS.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Recommendation 1 from Exhibit C-38 All employees must take the Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) and a refresher every two years. A monitoring system will be established in all Community Mental Health Centres to keep track of who has received the ASIST training, as well as the refresher course.
Action Required: An updated list will be sent to Mental Health central office every year by March 31. A copy of the training certificate will be placed in the employee's file at the centre.

Recommendation 2 from Exhibit C-38 We are going to increase the emphasis on training through a pre-established calendar of training sessions for the Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) and the refresher course as well as an annual advanced training in suicide prevention and intervention for employees and stakeholders/partners.
Action required: Coordinated by Mental Health Services Central Office

4. We recommend that the Director of Child Welfare and the Executive Director, Mental Health Services, in addition to monitoring the implementation of the protocols, will convene at least ninety (90) days prior to the target date of October 1, 2006 to re-affirm the implementation plan, the target dates and any necessary revisions to the protocol.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Recommandation 1 de l'élément de preuve C-38 Tous les employés doivent suivre la Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide de même qu'un recyclage tous les deux ans. Un système de suivi sera établi dans chaque Centre de santé mentale communautaire (CSMC) pour tenir compte de ceux qui ont suivi la formation et le recyclage.
Mesure à prendre : Une liste à jour sera envoyée au bureau centrdl en date du 31 mars de chaque année. Une copie du certificat de formation sera versée dans le dossier de l'employé.

Recommandation 2 de l'élément de preuve C-38 Nous allons accentuer la formation à travers un calendrier de sessions de formation prédéterminées pour la Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide et le recyclage en plus d'une formation annuelle avancée en prévention et en intervention du suicide pour les employés et les partenaires.
Mesure à prendre : Coordonné par le bureau central des services de santé mentale.

4. Nous recommandons que le directeur des Services de bien-être à l'enfance et à la jeunesse et le directeur général des Services de santé mentale, en plus de superviser la mise en œuvre des protocoles, se rencontrent au moins 90 jours avant la date cible du 1er octobre 2006 afin d'approuver de nouveau le plan de mise en œuvre, les dates cibles et toute révision au protocole jugée nécessaire.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Supervisory Personnel

5. We recommend that regional supervisors be encouraged to provide on-going mentoring services and support to clinicians, and to that end, be relieved of any caseload.

6. We recommend that supervisors be provided with additional training and workplace tools under topics such as effective coaching, stress management, negotiation skills and dealing with difficult people.

Enforcement Agencies

7. We recommend that all officers of enforcement agencies, such as the police force, receive the ASIST training as part of their in-service continuing education.

B. CHILD HISTORY AND DOCUMENTS

Pre-placement

Priority be given to child protection services in accessing psychological assessments from Mental Health Centres (Brewer Report - July 7, 1998 - Recommendation 5).

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Personnel de surveillance

5. Nous recommandons que les surveillants régionaux soient encouragés à fournir des services continus d'encadrement et de soutien aux cliniciens, et qu'à cet égard, ils ne soient plus chargés de dossiers de clients.

6. Nous recommandons que les surveillants obtiennent une formation additionnelle et soient munis d'outils de travail qui leur permettront, entre autres, de fournir un meilleur encadrement aux employés, de gérer le stress, de bien négocier et de traiter avec des personnes difficiles.

Organismes d'application de la loi

7. Nous recommandons que les membres du personnel de tous les organismes d'application de la loi, comme le service de police, reçoivent la FATIS dans le cadre des programmes de formation continue.

B. ANTÉCÉDENTS DE L'ENFANT ET DOCUMENTATION

Avant le placement de l'enfant

Que l'accès aux évaluations psychologiques effectuées par les centres de santé mentale soit accordé en priorité aux Services de protection de l'enfance (Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants sur le décès de Jacqueline Brewer – Le 7 juillet 1998 - Recommandation n° 5).

Inquest No. 4 – Heather White continued

The Department of Family and Community Services is responsible ***for parental capacity assessment with involvement/input from Mental Health Services Division as required****. Mental Health Services Division would be utilized to access discipline specific expertise to assess specific issues, such as intellectual capacity to parent and mental illness. Mental Health Services Division is responsible* ***for psychological and psychiatric assessments*** *when it is determined that there are mental health issues with regard to the client. (June 27, 2005 Expanded Protocol, Action Bullet 6, Page 3)*

We (the jury) affirm the Expanded Protocol in Response to Recommendation 5 of the Brewer Report.

8. Further, we recommend that the psychological report or assessment become part of the file of information used to determine a suitable placement for the child.

On-going

We (the jury) applaud the promotion and use of the document entitled "Looking After Children" as documented in section 5.3.1 of the January 2005 edition of the Family Foster Care Standards.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Il incombe au ministère des Services familiaux et communautaires d'effectuer ***l'évaluation des compétences parentales avec la participation et la contribution de la Division des services de santé mentale, au besoin****. Les services de la Division des services de santé mentale seront retenus pour accéder à une expertise disciplinaire afin d'évaluer des questions particulières, telles la faculté intellectuelle des parents et les problèmes de santé mentale. Il incombe à la Division des services de santé mentale d'effectuer* ***les évaluations psychologiques et psychiatriques*** *quand on détermine que le client a des problèmes de santé mentale. (27 juin 2005 sur l'élargissement des protocoles de la Division des services de santé mentale et du ministère des Services familiaux et communautaires découlant de la recommandation n° 5 du rapport Brewe , sixième point à la page 3 de la note de service.)*

Nous (le jury) approuvons les protocoles élargis en fonction de la recommandation n° 5 du rapport Brewer.

8. En outre, nous recommandons que l'évaluation ou le rapport préparé par le psychologue soit inclus dans le dossier des renseignements qui serviront au placement de l'enfant dans un milieu approprié.

En cours

Nous (le jury) félicitons les personnes concernées pour l'initiative visant la promotion et l'utilisation du document intitulé *S'occuper des enfants* mentionné à l'article 5.3.1 des normes relatives aux services des familles d'accueil, édition de janvier 2005.

Inquest No. 4 – Heather White continued

C. FOSTER PARENT PROGRAM

Pre-placement

9. With reference to section 2.6 of the January 2005 edition of the Family Foster Care Standards, if the child to be placed has experienced severe trauma or sexual abuse, we recommend that potential Foster Parents be required to complete Module 4 of the PRIDE core modules.

10. In addition, we recommend that the ASIST program be given to any potential care providers concurrent with completing Module 4.

On-going Support

11. We recommend that the CRS {Children Residential Services} worker conduct an annual review of the key competencies of any Foster Parents of a child in care who has suffered from sexual abuse, with a view to providing increased support and additional services as deemed appropriate, including possible psychological evaluations.

Respite Care Providers:

The Department needs to ensure that in the current review of the Respite Care Policy, that respite is provided in EXCEPTIONAL circumstances only, and only when it is deemed to be for the child (Report to the Child Death Review Committee - February 2004 - Recommendation 6).

Quatrième enquête – Heather White (suite)

C. PROGRAMME DES FAMILLES D'ACCUEIL

Avant le placement de l'enfant

9. Eu égard à l'article 2.6 des normes relatives aux services des familles d'accueil, édition de janvier 2005, si l'enfant devant être placé a été victime d'un traumatisme grave ou de violence sexuelle, nous recommandons que les parents d'accueil éventuels aient suivi le module 4 des modules de la formation de base PRIDE.

10. De plus, nous recommandons que la FATIS soit donnée à toute personne qui pourrait être appelée à fournir des soins, et ce en même temps qu'elle suit la formation du module 4.

Soutien continu

11. Nous recommandons que le membre du personnel responsable des Services résidentiels pour enfants entreprenne un examen annuel des compétences clés des parents d'accueil ayant la charge d'un enfant qui a été victime de violence sexuelle en vue de fournir un plus grand soutien et des services additionnels appropriés, y compris des évaluations psychologiques.

Fournisseurs de soins de relève :

Dans le cadre du présent examen de la Directive sur les soins de relève, le Ministère doit s'assurer que les soins de relève soient fournis seulement dans des circonstances EXCEPTIONNELLES et seulement lorsque les soins de relève sont jugés nécessaires pour l'enfant. (rapport du Comité d'examen des décès d'enfant, février 2004, recommandation n° 6).

Inquest No. 4 – Heather White continued

In addition to Recommendation # 6 of the February 2004 Child Death Review Committee Report, we make the following recommendations:

12. We recommend that all respite care providers be offered the ASIST program.

13. If a child in care who has been assessed with having suicidal ideation or tendencies must be placed in respite care, such respite care providers must have completed the ASIST program.

D. LETHAL WEAPONS

{A memorandum was provided to the jury as Exhibit # 34 by the Director of Child Welfare and was written to Program Delivery Managers on the issue of Children in Care who are suicidal or have suicidal ideation and the removal of guns from the foster home; The memo included questions to be asked of the foster parents and actions to be taken by staff as outlined below:)

- *Whether they have guns in their home/or on their property.*
- *If the answer is yes, they must permanently remove the guns from their property while the child/youth is residing in their home.*

Quatrième enquête – Heather White (suite)

En plus de la recommandation n° 6 du rapport de février 2004 du Comité d'examen des décès d'enfants, nous formulons les recommandations suivantes :

12. Nous recommandons que tous les fournisseurs de soins de relève suivent la FATIS.

13. Si une évaluation permet de découvrir qu'un enfant gardé par une famille d'accueil a des idées de suicide ou des tendances au suicide et que cet enfant doit être placé de sorte que des soins de relève puissent être fournis, les fournisseurs des soins de relève doivent avoir suivi la FATIS.

D. ARMES MEURTRIÈRES

(La note de service, contenue dans l'élément de preuve 34, a été présentée au jury par la directrice des Services de bien-être à l'enfance et à la jeunesse et rédigée à l'intention des gestionnaires de la prestation des programmes. La note portait sur les enfants pris en charge qui sont suicidaires ou qui ont des idées suicidaires et sur le retrait des armes à feu des foyers d'accueil. Elle décrivait les questions que le personnel doit poser aux parents de famille d'accueil ainsi que les mesures à prendre. Elles sont reproduites ci-dessous.)

- *S'ils gardent des armes à domicile/ou sur leur propriété.*
- *Dans l'affirmative, ils doivent retirer en permanence les armes qu'ils possèdent à domicile pendant la période où l'enfant ou le jeune vit dans leur foyer.*

Inquest No. 4 – Heather White continued

- *Where the foster parents agree to the permanent removal of the guns and they are stored at the home of a relative or a friend where the child/youth may visit, the guns must be stored in a location where the child would not have access to them.*

- *If the guns are used for hunting purposes, the foster parents must provide the new address of location of the guns to the Department of Natural Resources.*

- *For all other guns, such as hand guns or any restricted firearm, the foster parents must provide the new address of location of the guns to the Department of Public Safety.*

- *If the foster parents refuse to remove the guns, which is their right, the Child Protection Social Worker or the Child-in-Care Social Worker must remove the child immediately from the foster home and another placement must be found.*

- *In those situations where foster parents choose not to remove the guns it does not mean that their approval to foster is terminated. The Department may place other children who are not suicidal or do not have suicidal ideation.*

We affirm the interrogation and action items contained in the bullets on page 1 and 2 of the inter-office memo dated 2005-06-16.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

- *Lorsque les parents de famille d'accueil acceptent de retirer en permanence les armes en leur possession et qu'ils les entreposent au domicile d'un parent ou d'un ami où l'enfant est susceptible de se rendre en visite, les armes doivent être gardées hors de portée de l'enfant.*

- *Si les armes sont utilisées pour la chasse, les parents de famille d'accueil doivent communiquer l'adresse du nouveau lieu d'entreposage au ministère des Ressources naturelles.*

- *Pour toutes les autres armes, comme les armes de poing ou les armes à feu à autorisation restreinte, les parents de famille d'accueil doivent communiquer l'adresse du nouveau lieu d'entreposage au ministère de la Sécurité publique.*

- *Si les parents de famille d'accueil refusent de retirer les armes qu'ils possèdent, ce qui est leur droit, le travailleur social de la Protection de l'enfance ou le travailleur social des Services des enfants pris en charge doit retirer l'enfant immédiatement de la famille d'accueil et lui trouver une autre famille.*

- *Dans le cas où les parents de famille d'accueil décident de ne pas retirer leurs armes, l'agrément accordé au foyer ne prend pas fin pour autant. Le ministère peut y placer d'autres enfants qui ne sont pas suicidaires ou qui n'ont pas d'idées suicidaires.*

Nous approuvons les énoncés et les questions aux points des pages 1 et 2 de la note interservices du 16 juin 2005.

Inquest No. 4 – Heather White continued

14. In addition, we recommend that when a child is placed in a foster home, all weapons be removed for a probationary 30 day period. If the child is assessed as not having suicidal ideation or tendencies, the weapons may be returned – such weapons to include rifles, handguns, crossbows, knives or swords stored in compliance with Provincial Standards.

E. COMMUNICATIONS

Information Sharing

Priority be given to child protection services in accessing psychological assessments from Mental Health Centres (Brewer Report- July 7, 1998 - Recommendation 5).

We affirm the expanded scope of the protocols in response to recommendation 5 of the Brewer Report and detailed in the June 27, 2005 memo.

In addition we recommend the following:

15. We recommend that the Program Directors and Regional Supervisors work towards fostering an environment of collegial sharing and free flow of information at the monthly meetings with respect to shared client files.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

14. De plus, lors de l'arrivée d'un enfant dans une famille d'accueil, nous recommandons que les armes soient retirées de la maison de la famille pour une période de 30 jours. Si l'évaluation montre que l'enfant n'a pas d'idées de suicide ou de tendances au suicide, les armes seront rendues. Parmi les armes visées par la présente recommandation, il y a les carabines, les armes de poing, les arbalètes, les couteaux et les épées entreposés conformément aux normes provinciales.

E. COMMUNICATIONS

Échanges d'information

Que l'accès aux évaluations psychologiques effectuées par les centres de santé mentale soit accordé en priorité aux Services de protection de l'enfance (Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants sur le décès de Jacqueline Brewer – Le 7 juillet 1998 - Recommandation n° 5).

Nous approuvons l'élargissement du champ d'application des protocoles découlant de la recommandation n° 5 du rapport Brewer et dont les détails sont présentés dans la note de service du 27 juin 2005.

Nous formulons en outre les recommandations suivantes :

15. Nous recommandons que les directeurs du programme et les surveillants régionaux travaillent à créer une atmosphère favorisant, lors des réunions mensuelles, le partage et la libre circulation entre collègues de travail des renseignements sur un client qu'ils se partagent.

Inquest No. 4 – Heather White continued

16. We recommend that the Evaluation Section on page 2 of the Terms of Reference of the June 27, 2005 document be amended to provide for a provisional evaluation process which may include such topics as the review and adjustment of case worker schedules and whatever other revisions may be necessary to ensure the success of the collaboration process.

17. In the case of a Child-in-Care, the Family & Community Services child support worker be considered the key coordinator, conduit and individual responsible for soliciting and recording all information pertinent to the well-being of the child such as information from foster parents, Mental Health Workers, medical practitioners, friends and community mentors.

Documentation and Tools

When dealing with child protection cases, all of the service providers, within the Department of Family and Community Services, must be provided with compatible technology to ensure ease of communication, and policy should be amended to reflect the requirement to share protection information within the department (Brewer Report - July 7, 1998 - Recommendation 9).

Quatrième enquête – Heather White (suite)

16. Nous recommandons que la section *Évaluation*, à la page 2 du *Mandat* annexé au document du 27 juin 2005, soit modifiée afin d'incorporer un processus d'évaluation provisoire pouvant comprendre, entre autre, la revue et l'ajustement des horaires de travail des gestionnaires de cas et toute autre révision nécessaire à la réussite du processus de collaboration.

17. Dans le cas d'un enfant pris en charge, le travailleur de soutien du ministère des Services familiaux et communautaires doit être considéré comme coordonnateur et personne de liaison clé pour ce qui est de demander et de consigner les renseignements pertinents sur le bien-être de l'enfant, dont ceux provenant des parents d'accueil, des travailleurs en santé mentale, des médecins praticiens, des amis et des mentors dans la communauté.

Documentation et outils

Que tous les dispensateurs de services du ministère de la Santé et des Services communautaires qui doivent s'occuper des cas de protection de l'enfance soient dotés d'outils technologiques compatibles afin de faciliter le partage des renseignements, et que les règles directrices soient modifiées afin de tenir compte de la nécessité de partager des renseignements en matière de protection de l'enfance au sein du ministère (Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants sur le décès de Jacqueline Brewer – Le 7 juillet 1998 - Recommandation n° 9).

Inquest No. 4 – Heather White continued

We affirm the recommendation concerning compatible technology in the 1998 report on the death of Jacqueline Dawn Brewer.

18. In addition we recommend that compatible computer software and coding systems be implemented in both the Departments of Family & Community Services and Mental Health Services, with the requisite training, secure access code security classes and IT support.

Continuity of Care

Report to the Child Death Review Committee, February 2004 - Recommendations 1, 2, 3, 4 and 7.

Recommendation #1 - A protocol around suicide attempts for children who are in our care needs to be developed with requisite training around indicators and risk management of suicide provided. This would also include the directive that if incidents are brought to the attention of After Hours, the event would be identified as an Emergency. The on call social worker must be contacted for immediate follow up, release of information, and contact with the case managing social worker at the first opportunity.

Recommendation #2 - The protocol needs to stipulate that when children attempt suicide, information can be requested from involved professionals and be provided from Family and Community Services so as to facilitate comprehensive diagnosis and treatment.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Nous approuvons la recommandation concernant l'adoption de technologie compatible, qui est énoncée dans le rapport de 1998 sur le décès de Jacqueline Dawn Brewer.

18. De plus, nous recommandons que des logiciels et des systèmes de codage compatibles soient mis en œuvre au ministère des Services familiaux et communautaires et dans la Division des services de santé mentale, et que le personnel reçoive le soutien nécessaire en matière de formation, d'accès aux codes de sécurité et d'aide technique.

Continuité des soins

Voici les recommandations n^{os} 1, 2, 3, 4 et 7 du rapport soumis au Comité d'examen des décès d'enfants de février 2004.

Recommandation n° 1 – Un protocole doit être élaboré pour traiter des cas d'enfants pris en charge qui tentent de se suicider, et le protocole doit préciser la formation nécessaire en matière d'identification des facteurs de risque et de la gestion du risque. Il faut inclure une directive selon laquelle tout incident signalé après les heures normales de bureau doit être traité comme une urgence. Il faut alerter le travailleur social de service, qui se chargera immédiatement du suivi de la situation, de la divulgation de renseignements et de la communication avec le gestionnaire du cas dans les plus brefs délais.

Recommandation n° 2 – Le protocole doit préciser que lorsqu'un enfant tente de se suicider, il sera possible de demander des renseignements des professionnels concernés et que le ministère des Services familiaux et communautaires fournira les renseignements afin de faciliter l'établissement d'un diagnostic et la prescription d'un traitement complet.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Recommendation #3 - All medical information and records completed on children in care attempting suicide AFTER HOURS needs to be forwarded to the Department so as to ensure continuity of information flowing to the social worker involved with the child as well as consent to treatment. This information can then be integrated into the Looking After Children forms as a tool for documenting events in a child's life and for instituting comprehensive case plans for children in our care. Training with Foster Parents needs to emphasize their responsibility to convey information to the social worker as they are the conduits of day to day data about a child's life.

Looking After Children needs to continue to be given high priority, training and support by the Department.

Children in our care should not be prescribed psychotropic medication without the consent of the social worker involved.

Recommendation #4 - Continuity of care and services in the Child Care Program is of utmost priority. Disruptions of care caused by inadvertent leaves or absences are unavoidable however planned leaves could be facilitated with an overlap of workers and at a minimal, introductions to the child and/or foster parent. Adherence to Standards and consistent

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Recommandation n° 3 – Tous les renseignements et dossiers médicaux sur les enfants pris en charge qui tentent de se suicider APRÈS LES HEURES NORMALES DE BUREAU doivent être transmis au Ministère afin d'assurer la continuité de la circulation de l'information au travailleur social chargé du dossier de l'enfant, ainsi que pour les questions de consentement au traitement. Les renseignements peuvent ensuite être incorporés dans les formules S'occuper des enfants *et servir d'outil pour documenter les moments marquants de la vie d'un enfant ainsi que pour établir des plans d'intervention complets chez les enfants dont nous avons la charge. La formation offerte aux parents d'accueil doit souligner leur responsabilité de transmettre des renseignements au travailleur social puisqu'ils sont la source des données concernant la vie quotidienne de l'enfant.*

Le Ministère doit continuer d'accorder au programme S'occuper des enfants *une priorité importante et d'y fournir la formation et le soutien nécessaires.*

Les enfants que nous avons pris en charge ne doivent pas recevoir de médicaments psychotropes prescrits sans le consentement de leur travailleur social.

Recommandation n° 4 – La continuité des soins et des services dans le cadre du programme de soins aux enfants est l'élément prioritaire. Il est impossible d'éviter les perturbations causées par des départs ou des absences imprévues, mais la transition dans le cas des absences prévues pourrait être facilitée en affectant plus d'un travailleur social à un cas ou, au moins,

Inquest No. 4 – Heather White continued

comprehensive planning facilitated by Looking After Children could ease disruptions caused by staff turnover.

Recommendation #7 - Documented events need to be recorded so as to accurately describe incidents as they occur and to reflect social worker practices and interventions. Departmental Standards need to direct an expectation regarding the timeliness in doing this as well as a requirement that supervisors monitor and conduct regular review of these recordings so as to ensure Standard compliance and acceptable clinical practices.

We affirm Recommendations 1, 2, 3, 4 and 7 of the February 2004 submission to the Child Death Review Committee.

F. LEGISLATIVE CHANGES

Access is never to be part of a Guardianship Order unless ordered by the court. If it is determined to be in a child's best interests, the Minister can determine this with court ordered stipulations avoided (Report to the Child Death Review Committee - February 2004 - Recommendation 5)

Quatrième enquête – Heather White (suite)

en présentant d'autres travailleurs à l'enfant ou aux parents d'accueil. En respectant les normes et en planifiant les périodes de transition de façon cohérente et complète, et en la facilitant au moyen du programme S'occuper des enfants, *l'effet des perturbations causées par les départs d'employés sera atténué.*

Recommandation n° 7 – Les faits marquants doivent être consignés de façon à décrire avec exactitude les incidents au fur et à mesure qu'ils se produisent et les pratiques et les interventions des travailleurs sociaux. Les normes du Ministère doivent préciser les attentes en matière de rapidité d'action et de la nécessité pour les surveillants de faire un suivi et de passer régulièrement en revue les notes consignées dans de telles circonstances afin de s'assurer que les mesures prises soient conformes aux normes et aux pratiques cliniques acceptables.

Nous approuvons les recommandations n^{os} 1, 2, 3, 4 et 7 du rapport soumis au Comité d'examen des décès d'enfants de février 2004.

F. MODIFICATIONS LÉGISLATIVES

Une ordonnance de tutelle ne doit jamais faire état du droit d'accès, à moins d'une directive contraire d'un tribunal. Si l'on estime qu'il est dans le meilleur intérêt de l'enfant, le ministre peut prendre une décision à ce sujet sans égard aux stipulations du tribunal (rapport du Comité d'examen des décès d'enfant, février 2004, recommandation n° 5).

Inquest No. 4 – Heather White continued

19. We recommend that Recommendation 5 of the submission to the Child Death Review Committee, dated February 2004, be considered/adopted as legislation under New Brunswick's *Family Services Act*.

G. BROADER EDUCATION STRATEGIES

School

20. In addition to the existing curriculum "Lets Live' module, we recommend that personnel from the Youth Suicide Prevention Division of the Department of Health and Wellness be contacted by the Department of Education to offer regular training at Teacher/Counsellor Continuing Education Workshops throughout the school year.

21. We recommend that the Department of Education personnel responsible for their Internet web site contract with Youth Suicide Prevention to include information concerning suicide prevention and intervention with contact information for both students under stress and potential helping friends, teachers, counsellors or mentors.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

19. Nous recommandons que la recommandation n° 5 soumise au Comité d'examen des décès d'enfants de février 2004 soit étudiée en vue de son adoption comme disposition législative de la *Loi sur les services à la famille* du Nouveau-Brunswick.

G. STRATÉGIES ÉDUCATIVES GÉNÉRALES

École

20. En plus du module existant *Let's Live*, nous recommandons que le ministère de l'Éducation communique avec les membres du personnel du ministère de la Santé et du Mieux-être affectés à la prévention des suicides chez les jeunes afin les informer de la formation qui sera donnée lors des ateliers de perfectionnement offerts au personnel enseignant et aux conseillers et conseillères en santé mentale.

21. Nous recommandons que le personnel du ministère de l'Éducation responsable du site Web s'entende avec le service de prévention des suicides chez les jeunes afin d'inclure des renseignements sur la prévention et l'intervention face au suicide sur son site. Parmi les renseignements offerts, il y aura les coordonnées de personnes-ressources au service de l'élève vivant un stress et qui sauront aider aussi les amis, les enseignants, les conseillers et les mentors de l'élève.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Community

22. We recommend the implementation of a program similar to the Block Parent Program whereby community representatives will receive the ASIST Program and may act as community co-ordinators and mentors related to adolescent abuse and suicide.

RECOMMENDATIONS OF THE PRESIDING CORONER

1. That the College of Physicians and Surgeons provide practice guidelines and training to family physicians on administering and monitoring the use of antidepressants (SSRI's) in adolescents.

2. That the Regional Health Authorities in New Brunswick develop mechanisms to share discharge summaries, ER records of relevant medical history between the hospital, community based physicians and mental health centres for cases of adolescents experiencing suicidal ideation or receiving medications for depression.

The recommendations were forwarded to the Ministers of Health & Wellness, Family & Community Services, Education, Public Safety and Natural Resources. The recommendations were also provided to the N. B. Association of Social Workers, the Nurses Association of New Brunswick, the College of Physicians & Surgeons of New Brunswick and the College of Psychologists of New Brunswick.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Collectivité

22. Nous recommandons la mise en œuvre d'un programme semblable à *Parents-Secours* dans le cadre duquel des représentants de la collectivité recevront la FATIS et pourront agir à titre de coordonnateurs communautaires et de mentors dans le domaine de l'abus et du suicide chez les adolescents.

RECOMMANDATIONS DU CORONER ENQUÊTEUR

1. Que le Collège des médecins et des chirurgiens fournisse des directives cliniques et de la formation aux médecins de famille concernant l'administration d'antidépresseurs (inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine) chez des adolescents et de suivre de près l'usage de ces médicaments par les clients.

2. Que les régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick élaborent des mécanismes afin de pouvoir partager les résumés de départ et les dossiers des services d'urgence sur les antécédents médicaux pertinents du patient avec l'hôpital, les médecins de la collectivité et les centres de santé mentale afin de mieux suivre les adolescents qui ont des idées de suicide ou qui prennent des médicaments pour traiter la dépression.

Les recommandations ont été transmises aux ministères seuivants : Santé et du Mieux-être, Services familiaux et communautaires, Éducation, Sécurité publique et Ressources naturelles. Les recommandations ont également été communiquées à l'Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick, à l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick et au Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick.

Inquest No. 4 – Heather White continued

EDUCATION AND TRAINING OF CHILD CARE PROFESSIONALS

Entry to Profession

Recommendation #1

We recommend that the appropriate accreditation bodies act to require the inclusion of modules on suicide prevention and intervention in the education curricula of the certified programs of post-secondary institutions.

N. B. Association of Social Workers (NBASW) will recommend to the NBASW Board of Directors that all new applicants for registration to the NBASW provide proof of completion of an approved training program in suicide prevention and assessment. If the Board endorses this recommendation, the Association will send a letter to the three Maritime universities advising of this requirement and to recommend strongly that they include it as part of their curriculum for implementation by April 2008.

The Ethics, Practice Issues and Standards of Practice Committee will recommend to the Board of Directors that a plan be developed in conjunction with the Departments of Family & Community Services and Health & Wellness to ensure access to the training.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

ÉDUCATION ET FORMATION DES PROFESSIONNELS DES SOINS À L'ENFANCE

Entrée dans la profession

Recommandation n° 1

Nous recommandons que les organismes d'accréditation concernés exigent l'inclusion de modules sur la prévention et l'intervention en matière de suicide dans les programmes d'études attestés des établissements postsecondaires.

L'Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick (ATSNB) recommanderont au Conseil d'administration de l'ATSNB que tous les nouveaux candidats désirant s'inscrire à l'ATSNB soient tenus de fournir la preuve qu'ils ont terminé un programme de formation approuvé en évaluation et prévention du suicide. Si le Conseil approuve cette recommandation, l'ATSNB transmettra une lettre aux trois universités des Maritimes pour les informer de cette exigence et pour leur recommander fortement de l'inclure dans leurs programmes d'études afin qu'elle soit en vigueur d'ici avril 2008.

Le Comité de la pratique, de la déontologie et des normes professionnelles recommandera au Conseil d'administration l'élaboration d'un plan en collaboration avec le ministère des Services familiaux et communautaires et le ministère de la Santé et du Mieux-être pour garantir l'accès à la formation.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Pre-employment training for Clinicians

Recommendation #2

We recommend that any new clinician being offered employment by the Department of {Health and Wellness} Mental Health Services be given the ASIST training prior to the assignment of a caseload.

Department of Health & Wellness state that the application of this recommendation is not practical for two reasons: 1) It is dependent on the availability of trainers and training sessions; and 2) Casual clinical employees are hired to provide direct mental health services. Requiring ASIST training before seeing clients would cause serious problems in service delivery and would defeat the purpose of hiring casuals. To minimize the risk, the Department will do the following: 1) Have increased direct supervision if the employee has not yet received the ASIST training. This supervision will be shared amongst team members. 2) Establish a set standard of 6 months, within which time new casual or permanent employees would be trained.

Recommendation #3

We recommend that any clinician being offered employment by the Department of Family & Community Services be given the ASIST training as part of Module 103 of the Core 100 series modules for Child Welfare Social Workers.

The Department of Family & Community Services agrees with the recommendation that any clinician being offered employment by the Department be

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Formation préalable à l'emploi pour les cliniciens

Recommandation n° 2

Nous recommandons que tout nouveau clinicien embauché par la Division des services de santé mentale (du ministère de la Santé et du Mieux-être) reçoive la Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (FATIS) avant de se faire confier des clients.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être déclare qu'il n'est pas pratique d'appliquer cette recommandation pour deux raisons : 1) L'application dépend de la disponibilité des formateurs et des séances de formation. 2) Des cliniciens occasionnels sont embauchés pour fournir des services directs en santé mentale. Le fait d'exiger qu'ils reçoivent la FATIS avant de voir des clients entraînerait de graves problèmes dans la prestation des services et irait à l'encontre du but recherché quand on embauche des employés occasionnels. Pour minimiser les risques, le Ministère : 1) accroîtra la surveillance directe des employés n'ayant pas reçu la FATIS (surveillance partagée entre les membres des équipes); 2) établira une norme selon laquelle les nouveaux employés occasionnels ou permanents devraient recevoir la formation à l'intérieur d'une période de six mois.

Recommandation n° 3

Nous recommandons que tout nouveau clinicien embauché par le ministère des Services familiaux et communautaires reçoive la FATIS dans le cadre du module 103 des modules de base de la série 100 à l'intention des travailleurs sociaux en bien-être de l'enfance.

Le ministère des Services familiaux et communautaires accepte la recommandation selon laquelle tout clinicien embauché par le Ministère

given the ASIST training. Currently, the CORE 100 series module is mandatory for all Child Welfare Social Workers. The Department is of the opinion that the ASIST Training should be a stand-alone mandatory related module rather than being delivered as part of the CORE 103, Effects of Abuse and Neglect on Child Development, which is a very intensive three day training. The Department believes that the subject matter of the ASIST Training warrants a separate module dedicated to suicide intervention training and therefore, it has taken the necessary steps to ensure that this occurs through the delivery of the mandatory related modules of the Child Welfare Training System.

In-service Training & Upgrading

We affirm the protocols and action plan contained in Exhibit C38, clauses 1 and 2 and in the memo dated July 4, 2005 concerning the Protocols respecting Children in Care, pages 1, 2 {and} 3.

These recommendations reference a directive from Assistant Deputy Minister of Program Development and Monitoring Division, Department of Family and Community Services and Assistant Deputy Minister of Mental Health Services Division, Department of Health and Wellness, outlining the plans for ASIST training.

doit recevoir la FATIS. Actuellement, le module de base de la série 100 est obligatoire pour tous les travailleurs sociaux en bien-être de l'enfance. Le Ministère croit que la FATIS devrait être un module connexe, autonome et obligatoire plutôt que de faire partie du module de base 103, *Effets des mauvais traitements et de la négligence sur le développement de l'enfant*, qui est une formation très intensive de trois jours. Il croit aussi que le sujet de la FATIS justifie un module autonome consacré à la formation en intervention face au suicide et il a donc pris les mesures nécessaires pour en assurer la réalisation par la prestation des modules connexes obligatoires du Programme de formation en bien-être de l'enfance.

Formation et perfectionnement en cours d'emploi

Nous approuvons les protocoles et le plan d'action contenus dans les dispositions 1 et 2 de l'élément de preuve C38 et les pages 1, 2 et 3 de la note de service datée du 4 juillet 2005 sur les protocoles à l'égard des enfants sous la tutelle du ministre.

Ces recommandations évoquent une directive de la sous-ministre adjointe responsable de l'élaboration et de la surveillance des programmes du ministère des Services familiaux et communautaires et du sous-ministre adjoint responsable des services de santé mentale du ministère de la Santé et du Mieux-être. Elle donne un aperçu des prévisions en ce qui concerne la FATIS.

Inquest No. 4 – Heather White continued

<u>Recommendation 1 from Exhibit C-38</u> All employees must take the Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) and a refresher every two years. A monitoring system will be established in all Community Mental Health Centres to keep track of who has received the ASIST training, as well as the refresher course.
<u>Action Required:</u> An updated list will be sent to Mental Health central office every year by March 31. A copy of the training certificate will be placed in the employee's file at the centre.

<u>Recommendation 2 from Exhibit C-38</u> We are going to increase the emphasis on training through a pre-established calendar of training sessions for the Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) and the refresher course as well as an annual advanced training in suicide prevention and intervention for employees and stakeholders/partners.
<u>Action required:</u> Coordinated by Mental Health Services Central Office

Originally, the Department of Family & Community Services (FCS) was to partner with Mental Health Services Division, Department of Health & Wellness to coordinate this initiative. However, the demands for the coordination and delivery of ASIST Training placed on Mental Health Services, from within, as well as the Departments of Public Safety, Education and FCS made it very difficult to forge such a partnership and ensure the delivery of the ASIST Training within an acceptable timeframe. FCS established a

Quatrième enquête – Heather White (suite)

<u>Recommandation 1 de l'élément de preuve C-38</u> Tous les employés doivent suivre la Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide de même qu'un recyclage tous les deux ans. Un système de suivi sera établi dans chaque Centre de santé mentale communautaire (CSMC) pour tenir compte de ceux qui ont suivi la formation et le recyclage.
<u>Mesure à prendre</u> : Une liste à jour sera envoyée au bureau central en date du 31 mars de chaque année. Une copie du certificat de formation sera versée dans le dossier de l'employé.

<u>Recommandation 2 de l'élément de preuve C-38</u> Nous allons accentuer la formation à travers un calendrier de sessions de formation prédéterminées pour la Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide et le recyclage en plus d'une formation annuelle avancée en prévention et en intervention du suicide pour les employés et les partenaires.
<u>Mesure à prendre</u> : Coordonné par le bureau central des services de santé mentale.

Au départ, le ministère des Services familiaux et communautaires devait travailler en partenariat avec la Division des services de santé mentale du ministère de la Santé et du Mieux-être pour coordonner cette initiative. Cependant, les exigences de coordination et de prestation de la FATIS imposées aux Services de santé mentale, au sein des Services eux-mêmes, et aux ministères de la Sécurité publique, de l'Éducation et des Services familiaux et communautaires, ont rendu très difficile la création d'un tel partenariat et la

sustainability plan for the ongoing delivery of the ASIST Training to new child welfare staff and foster parents and is working in partnership with the Canadian Mental Health Association. FCS has committed to sending its three (3) provincial Child Welfare Trainers, eight (8) PRIDE Trainers and three (3) representatives of the Canadian Mental Health Association to the ASIST Train the Trainer sessions in the fall of 2005 and early 2006. The Canadian Mental Health Association will be a partner to ensure the delivery of ASIST Training to staff and foster parents. The Department of FCS will assume the responsibility of establishing a mechanism to track social workers and supervisors who attend the ASIST Training through the Child Welfare Training System and a mechanism through the PRIDE Training System to track foster parents. The Department will ensure that the required refresher courses are provided to staff and foster parents.

A directive was sent to the managers of Community Mental Health Services as well as senior administrative staff to initiate the process and the monitoring. The list of employees who have completed the training is being compiled. A reminder will be put in an e-calendar to remind centres to send updates every year.

The Provincial Coordinator of Suicide Preventions program is working at establishing the calendar of training. Although the refresher for the ASIST program is essential to maintain certification, emphasis will be placed on advanced training in

garantie de la prestation de la FATIS dans des délais acceptables. Le ministère des Services familiaux et communautaires a établi un plan de viabilité pour la prestation permanente de la FATIS aux nouveaux employés en bien-être de l'enfance et aux parents de familles d'accueil et il travaille en partenariat avec l'Association canadienne de la santé mentale. Il s'est engagé à envoyer ses trois formateurs provinciaux en bien-être de l'enfance, huit formateurs du programme PRIDE et trois représentants de l'Association canadienne de la santé mentale aux séances de formation des formateurs de la FATIS à l'automne 2005 et au début de 2006. L'Association canadienne de la santé mentale sera le partenaire du Ministère pour garantir la prestation de la FATIS aux employés du Ministère et aux parents de familles d'accueil. Il incombera au ministère des Services familiaux et communautaires d'établir un mécanisme de suivi des travailleurs sociaux et des surveillants qui reçoivent la FATIS dans le cadre du Programme de formation en bien-être de l'enfance et un mécanisme de suivi des parents de familles d'accueil qui reçoivent la formation dans le cadre du programme PRIDE. Le Ministère veillera à ce que les cours de recyclage nécessaires soient fournis aux employés et aux parents des familles d'accueil.

Une directive a été transmise aux gestionnaires des Services de santé mentale communautaires ainsi qu'aux cadres administratifs de niveau supérieur pour mettre en œuvre le processus et la surveillance. On a commencé à dresser la liste des employés ayant terminé la formation. Un rappel sera affiché dans un calendrier électronique pour rappeler aux centres d'envoyer des mises à jour chaque année.

La coordonnatrice provinciale du Programme de prévention du suicide travaille à l'établissement du calendrier de formation. Bien que le cours de recyclage de la FATIS soit essentiel pour conserver l'agrément, l'accent portera sur une formation

suicide intervention for employees and stakeholders. Mental Health Central Office is looking into organizing such an event during the present fiscal year.

Recommendation #4

We recommend that the Director of Child Welfare and the Executive Director, Mental Health Services, in addition to monitoring the implementation of the protocols, will convene at least ninety (90) days prior to the target date of October 1, 2006 to re-affirm the implementation plan, the target dates and any necessary revisions to the protocol.

The Departments of FCS and Health & Wellness support this recommendation. The Director of Child Welfare and Youth Services and the Director of Mental Health Services agreed to meet in June 2006 to review the implementation plan. Further, commencing in April 2006, the Departments agreed that the Director of Child Welfare and Youth Services and the Executive Director of Mental Health Services hold joint meetings with regional staff to reinforce the protocols and the sharing of information between the two departments.

Supervisory Personnel

Recommendation #5

We recommend that regional supervisors be encouraged to provide on-going mentoring services and support to clinicians, and to that end, be relieved of any caseload.

avancée en intervention face au suicide à l'intention des employés du Ministère et des intervenants. Le bureau central de la Santé mentale examine comment organiser une telle activité au cours de la présente année financière.

Recommandation n° 4

Nous recommandons que le directeur des Services de bien-être à l'enfance et à la jeunesse et le directeur général des Services de santé mentale, en plus de superviser la mise en œuvre des protocoles, se rencontrent au moins 90 jours avant la date cible du 1er octobre 2006 afin d'approuver de nouveau le plan de mise en œuvre, les dates cibles et toute révision au protocole jugée nécessaire.

Le ministère des Services familiaux et communautaires et le ministère de la Santé et du Mieux-être appuient cette recommandation. Le directeur des Services de bien-être à l'enfance et à la jeunesse et le directeur général des Services de santé mentale conviennent de se rencontrer en juin 2006 pour réviser le plan de mise en œuvre. De plus, à partir d'avril 2006, les Ministères conviennent que le directeur des Services de bien-être à l'enfance et à la jeunesse et le directeur général des Services de santé mentale tiendront des réunions conjointes avec le personnel régional pour renforcer les protocoles et l'échange des renseignements entre les deux ministères.

Personnel de surveillance

Recommandation n° 5

Nous recommandons que les surveillants régionaux soient encouragés à fournir des services continus d'encadrement et de soutien aux cliniciens, et qu'à cet égard, ils ne soient plus chargés de dossiers de clients.

Inquest No. 4 – Heather White continued

The Department of Health & Wellness responded that in larger centres this is possible and is already happening. In smaller centres, because of fewer clinicians, program managers are expected to have clients unless they manage more than one program. Also, mentoring amongst team members is already happening. Community Mental Health Services will be officially transferred to Regional Health Authorities (RHAs) on November 28, 2005 and supervision of the service will be the responsibility of RHAs.

Recommendation #6

We recommend that supervisors be provided with additional training and workplace tools under topics such as effective coaching, stress management, negotiation skills and dealing with difficult people.

The Department of Health & Wellness program managers have all been informed that they can access training for identified needs through courses offered by OHR (Office of Human Resources).

Department of Family & Community Services state that the CORE 500 series of the Child Welfare Training System is composed of four (4) modules that are specifically designed for child welfare supervisors and managers. The 500 series, which is mandatory for all child welfare supervisors and managers, consists of 14 days of training, focusing on the foundational competencies for all supervisors and managers. The issues of effective coaching, stress management and dealing with difficult people are addressed in this series. This series provides the foundation on which more specialized or related training is built. Furthermore, supervisors are also

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Le ministère de la Santé et du Mieux-être croit que cette recommandation peut être appliquée dans les grands centres où c'est déjà fait d'ailleurs. Mais, à cause du nombre inférieur de cliniciens dans les petits centres, les gestionnaires de programme doivent également avoir des clients, sauf s'ils gèrent plus d'un programme. De plus, il y a déjà un encadrement entre les membres des équipes. Le 28 novembre 2005, les Services de santé mentale communautaires seront officiellement transférés aux régies régionales de la santé (RRS) et la supervision du service relèvera de celles-ci.

Recommandaiton n° 6

Nous recommandons que les surveillants obtiennent une formation additionnelle et soient munis d'outils de travail qui leur permettront, entre autres, de fournir un meilleur encadrement aux employés, de gérer le stress, de bien négocier et de traiter avec des personnes difficiles.

Tous les gestionnaires de programme du ministère de la Santé et du Mieux-être ont été informés de la possibilité de suivre des cours offerts par le Bureau des ressources humaines pour répondre à des besoins établis.

Le ministère des Services familiaux et communautaires déclare que les modules de base de la série 500 du Programme de formation en bien-être de l'enfance comprennent quatre modules conçus précisément à l'intention des surveillants et des gestionnaires en bien-être de l'enfance. Les modules de la série 500, obligatoires pour tous les surveillants et gestionnaires en bien-être de l'enfance, comprennent 14 jours de formation mettant l'accent sur les compétences fondamentales que doivent posséder tous les surveillants et les gestionnaires. Cette série leur apprend à fournir un meilleur encadrement, à gérer le stress et à traiter

involved in the leadership training offered through the Human Resources Branch.

Enforcement Agencies

Recommendation #7

We recommend that all officers of enforcement agencies, such as the police force, receive the ASIST training as part of their in-service continuing education.

The Department of Public Safety states that the benchmark basic police cadet training course for new municipal police officers in N.B. is delivered by the Atlantic Police Academy (APA) and includes a module on "Suicide Intervention". The APA Curriculum is modeled on the RCMP cadet training in Regina, which also includes this type of training. Policing Services Section will provide the APA with the curriculum of the ASIST course to determine if they have interest in offering in-service training in the area of suicide prevention. They will also liaise with the Department of FCS to determine if vacancies on their ASIST courses can be offered to police agencies in N.B. All N.B. police agencies will then be advised of the recommendations of the Coroner in this regard and the training opportunities available to them.

avec des personnes difficiles. Elle leur fournit la base sur laquelle est fondée une formation plus spécialisée ou connexe. De plus, les surveillants participent à une formation en leadership offerte par la Direction des ressources humaines du Ministère.

Organismes d'application de la loi

Recommandation n° 7

Nous recommandons que les membres du personnel de tous les organismes d'application de la loi, comme le service de police, reçoivent la FATIS dans le cadre des programmes de formation continue.

Le ministère de la Sécurité publique déclare que le programme de formation de base des recrues en sciences policières destiné aux nouveaux agents de police municipaux du Nouveau-Brunswick, qui sert de point de référence, est donné par l'Atlantic Police Academy (APA) et qu'il comprend un module sur l'intervention face au suicide. Le modèle du programme d'études de l'APA s'inspire de la formation des recrues de la GRC de Regina, qui inclut également ce type de formation. La Direction des services de police fournira à l'APA le programme d'études de la FATIS afin de déterminer si l'APA serait intéressée à offrir en milieu de travail une formation en prévention du suicide. Elle communiquera aussi avec le ministère des Services familiaux et communautaires pour déterminer s'il reste des places dans les cours de la FATIS pouvant être offertes aux services de police du Nouveau-Brunswick. Tous les services de police du Nouveau-Brunswick seront alors informés des recommandations du coroner à cet égard et des possibilités de formation qui leur sont accessibles.

Inquest No. 4 – Heather White continued

B. CHILD HISTORY AND DOCUMENTS

Pre-placement

Priority be given to child protection services in accessing psychological assessments from Mental Health Centres (Brewer Report - July 7, 1998 - Recommendation 5).

The Department of Family and Community Services is responsible for parental capacity assessment with involvement/input from Mental Health Services Division as required. Mental Health Services Division would be utilized to access discipline specific expertise to assess specific issues, such as intellectual capacity to parent and mental illness. Mental Health Services Division is responsible for psychological and psychiatric assessments when it is determined that there are mental health issues with regard to the client. (June 27, 2005 Expanded Protocol, Action Bullet 6, Page 3)

We (the jury) affirm the Expanded Protocol in Response to Recommendation 5 of the Brewer Report.

The Department of Family & Community Services states that this recommendation is currently in place through the implementation of the expanded protocol.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

B. ANTÉCÉDENTS DE L'ENFANT ET DOCUMENTATION

Avant le placement de l'enfant

Que l'accès aux évaluations psychologiques effectuées par les centres de santé mentale soit accordé en priorité aux Services de protection de l'enfance (Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants sur le décès de Jacqueline Brewer – Le 7 juillet 1998 - Recommandation n° 5).

Il incombe au ministère des Services familiaux et communautaires d'effectuer l'évaluation des compétences parentales avec la participation et la contribution de la Division des services de santé mentale, au besoin. Les services de la Division des services de santé mentale seront retenus pour accéder à une expertise disciplinaire afin d'évaluer des questions particulières, telles la faculté intellectuelle des parents et les problèmes de santé mentale. Il incombe à la Division des services de santé mentale d'effectuer les évaluations psychologiques et psychiatriques quand on détermine que le client a des problèmes de santé mentale. (27 juin 2005 sur l'élargissement des protocoles de la Division des services de santé mentale et du ministère des Services familiaux et communautaires découlant de la recommandation n° 5 du rapport Brewe , sixième point à la page 3 de la note de service.)

Nous (le jury) approuvons les protocoles élargis en fonction de la recommandation n° 5 du rapport Brewer.

Le ministère des Services familiaux et communautaires déclare que cette recommandation est actuellement en place grâce à la mise en œuvre des protocoles élargis.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Recommendation #8

Further, we recommend that the psychological report or assessment become part of the file of information used to determine a suitable placement for the child.

The Department of Health & Wellness states that if there is already an assessment done, it could be used if still pertinent. If outdated, the case will be reviewed to determine who will do an assessment. FCS is to reinforce the use of mental health clinicians when they are involved in a case. Mental Health clinicians will be invited to permanency planning when involved with a child in care and this will be reinforced as part of the regional tours.

The Department of FCS supports this recommendation and if such a report or assessment is available, its findings will be taken into consideration in order to provide a suitable placement for the child.

On-going

We (the jury) applaud the promotion and use of the document entitled "Looking After Children" as documented in section 5.3.1 of the January 2005 edition of the Family Foster Care Standards.

The Department of FCS endorses and supports the ongoing use of the Looking After Children tool for children in care.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Recommandation n° 8

En outre, nous recommandons que l'évaluation ou le rapport préparé par le psychologue soit inclus dans le dossier des renseignements qui serviront au placement de l'enfant dans un milieu approprié.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être déclare qu'il est possible d'utiliser une évaluation existante et pertinente. Si l'évaluation est périmée, le dossier doit être examiné de nouveau pour déterminer qui doit faire une évaluation. Le ministère des Services familiaux et communautaires doit renforcer le recours aux cliniciens de la santé mentale lorsque ceux-ci s'occupent d'un dossier. Les cliniciens de la santé mentale seront invités à participer à la planification visant la permanence lorsqu'ils s'occupent du dossier d'un enfant pris en charge et cette démarche sera renforcée dans le cadre des tournées régionales.

Le ministère des Services familiaux et communautaires appuie cette recommandation et il est évident que lorsqu'un tel rapport ou une telle évaluation est disponible, les résultats doivent être pris en compte afin de placer l'enfant dans un milieu approprié.

En cours

Nous (le jury) félicitons les personnes concernées pour l'initiative visant la promotion et l'utilisation du document intitulé *S'occuper des enfants* mentionné à l'article 5.3.1 des normes relatives aux services des familles d'accueil, édition de janvier 2005.

Le ministère des Services familiaux et communautaires approuve et appuie l'utilisation continue du document intitulé *S'occuper des enfants* pour les enfants pris en charge.

C. FOSTER PARENT PROGRAM

Pre-placement

Recommendation #9

With reference to section 2.6 of the January 2005 edition of the Family Foster Care Standards, if the child to be placed has experienced severe trauma or sexual abuse, we recommend that potential Foster Parents be required to complete Module 4 of the PRIDE core modules.

The Department of Family & Community Services states that Module 4 "Responding to the Signs and Symptoms of Sexual Abuse" and Module 3 "Addressing Developmental Issues Related to Sexuality" of the PRIDE core modules will be revised and incorporated into one module. The revised module will become available in the 2006-2007 fiscal year. Through the individual Family Development Plan, any families requiring this type of training will be identified.

Recommendation #10

In addition, we recommend that the ASIST program be given to any potential care providers concurrent with completing Module 4.

The Department of Family & Community Services is adding the ASIST Training Program as a stand-alone module to the mandatory PRIDE Core Training.

C. PROGRAMME DES FAMILLES D'ACCUEIL

Avant le placement de l'enfant

Recommandation n° 9

Eu égard à l'article 2.6 des normes relatives aux services des familles d'accueil, édition de janvier 2005, si l'enfant devant être placé a été victime d'un traumatisme grave ou de violence sexuelle, nous recommandons que les parents d'accueil éventuels aient suivi le module 4 des modules de la formation de base PRIDE.

Le ministère des Services familiaux et communautaires déclare que le module 4, *Réagir aux signes et symptômes de violence sexuelle*, et le module 3, *Étudier les questions de développement reliées à la sexualité*, de la formation de base PRIDE seront révisés et réunis en un seul module. Celui-ci sera disponible au cours de l'année financière 2006-2007. Le Plan individuel de perfectionnement de la famille d'accueil permettra de reconnaître toute famille ayant besoin de ce type de formation.

Recommandation n° 10

De plus, nous recommandons que la FATIS soit donnée à toute personne qui pourrait être appelée à fournir des soins, et ce en même temps qu'elle suit la formation du module 4.

Le ministère des Services familiaux et communautaires est en train d'ajouter la FATIS comme module autonome à la formation de base obligatoire du programme PRIDE.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Quatrième enquête – Heather White (suite)

On-going Support

Soutien continu

Recommendation #11

Recommandaiton n° 11

We recommend that the CRS {Children Residential Services} worker conduct an annual review of the key competencies of any Foster Parents of a child in care who has suffered from sexual abuse, with a view to providing increased support and additional services as deemed appropriate, including possible psychological evaluations.

Nous recommandons que le membre du personnel responsable des Services résidentiels pour enfants entreprenne un examen annuel des compétences clés des parents d'accueil ayant la charge d'un enfant qui a été victime de violence sexuelle en vue de fournir un plus grand soutien et des services additionnels appropriés, y compris des évaluations psychologiques.

The Department of Family & Community Services advises that the Children Residential Services social workers currently conduct annual reviews of foster parents. Part of this process includes the completion of a Family Development Plan, which is a review of the key competencies they require as a foster parent. For families who provide services to children with a background of sexual abuse, additional training and support would be made available.

Le ministère des Services familiaux et communautaires informe que les travailleurs sociaux des Services résidentiels pour enfants effectuent actuellement un examen annuel des compétences des parents de familles d'accueil. Dans le cadre de ce processus, ils remplissent le Plan de perfectionnement de la famille d'accueil qui constitue un examen des compétences clés exigées des parents de famille d'accueil. Une formation et un soutien additionnels seront accessibles aux familles qui fournissent des services à des enfants victimes de violence sexuelle.

Respite Care Providers:

The Department needs to ensure that in the current review of the Respite Care Policy, that respite is provided in EXCEPTIONAL circumstances only, and only when it is deemed to be for the child (Report to Child Death Review Committee - February 2004; Recommendation 6).

Fournisseurs de soins de relève :

Dans le cadre du présent examen de la Directive sur les soins de relève, le Ministère doit s'assurer que les soins de relève soient fournis seulement dans des circonstances EXCEPTIONNELLES et seulement lorsque les soins de relève sont jugés nécessaires pour l'enfant. (rapport du Comité d'examen des décès d'enfant, février 2004, recommandation n° 6).

The Department of FCS revised Relief Care Policy, implemented December 2004 for children in care, reflects that relief care must be based on the child's case plan and only when it is in the child's best interests. It also reflects that there must be a balance between the needs of the child, including

La directive révisée du ministère des Services familiaux et communautaires sur les soins de relève pour les enfants pris en charge, a été mise en œuvre en décembre 2004. Cette directive indique que les services de relève doivent être fondés sur le plan de service de l'enfant et fournis seulement lorsque c'est

his or her need for attachment, and the foster family's need for support and renewed energy. The plan must receive prior approval from the supervisor.

In addition to Recommendation # 6 of the February 2004 Child Death Review Committee Report, we make the following recommendations:

Recommendation #12

We recommend that all respite care providers be offered the ASIST program.

The Department of Family & Community Services has committed to ensuring that all foster parents receive the ASIST Training. Foster Parents do provide relief care to our children in care. However, relief care is also provided by other individuals. These individuals may include the child/youth's birth parents where there is ongoing contact, summer camps or caregivers that are referred by the child's foster parent. The Department does not believe that imposing this training on all persons providing relief care is a viable option due to the impact on the recruitment and retention of relief care families and the timeliness of providing the ASIST training to "other" care providers who would only occasionally provide relief care. In situations of placement for relief care purposes, the child/youth's birth family should always be considered the primary source of relief for foster families whenever possible.

dans le meilleur intérêt de celui-ci. Elle exprime également la nécessité d'un équilibre entre les besoins de l'enfant, notamment son besoin d'attachement, et le besoin de la famille d'accueil d'obtenir un soutien et de renouveler son énergie. Le plan doit d'abord être approuvé par le surveillant.

En plus de la recommandation n° 6 du rapport de février 2004 du Comité d'examen des décès d'enfants, nous formulons les recommandations suivantes :

Recommandation n° 12

Nous recommandons que tous les fournisseurs de soins de relève suivent la FATIS.

Le ministère des Services familiaux et communautaires s'est engagé à veiller à ce que tous les parents de familles d'accueil reçoivent la FATIS. Les parents des familles d'accueil fournissent effectivement des soins de relève aux enfants pris en charge par le Ministère. Cependant, de tels soins sont également fournis par d'autres personnes, notamment par les parents biologiques de l'enfant ou du jeune lorsqu'il y a toujours un contact avec eux, par le personnel de camps d'été ou par des fournisseurs de soins référés par le parent de la famille d'accueil de l'enfant. Le Ministère ne croit pas en la possibilité d'imposer cette formation à toutes les personnes qui donnent des soins de relève étant donné les conséquences sur le recrutement et le maintien des familles qui donnent de tels soins et la prestation en temps opportun de la FATIS aux « autres » fournisseurs occasionnels de soins de relève. Si possible, la famille biologique de l'enfant ou du jeune placé pour des soins de relève doit être considérée comme la première source de relève de la famille d'accueil.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Recommendation #13

If a child in care who has been assessed with having suicidal ideation or tendencies must be placed in respite care, such respite care providers must have completed the ASIST program.

It is the Department of Family & Community Service's intent that all foster parents complete the ASIST Training. Social workers will make every effort to ensure that children in care, who require relief care and are identified as having suicidal ideation or tendencies, are placed with approved foster parents who have received the ASIST Training.

D. LETHAL WEAPONS

{A memorandum was provided to the jury as Exhibit # 34 by the Director of Child Welfare and was written to Program Delivery Managers on the issue of Children in Care who are suicidal or have suicidal ideation and the removal of guns from the foster home; The memo included questions to be asked of the foster parents and actions to be taken by staff as outlined below:)

- *Whether they have guns in their home/or on their property.*
- *If the answer is yes, they must permanently remove the guns from their property while the child/youth is residing in their home.*

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Recommandaiton n° 13

Si une évaluation permet de découvrir qu'un enfant gardé par une famille d'accueil a des idées de suicide ou des tendances au suicide et que cet enfant doit être placé de sorte que des soins de relève puissent être fournis, les fournisseurs des soins de relève doivent avoir suivi la FATIS.

Le ministère des Services familiaux et communautaires a l'intention de faire en sorte que tous les parents de familles d'accueil suivent la FATIS. Les travailleurs sociaux feront tout ce qui est en leur pouvoir pour veiller à ce que les enfants pris en charge qui ont besoin de soins de relève et qui ont été identifiés comme ayant des idées de suicide ou des tendances au suicide soient placés dans une famille d'accueil approuvée dont les parents ont reçu la FATIS.

D. ARMES MEURTRIÈRES

(La note de service, contenue dans l'élément de preuve 34, a été présentée au jury par la directrice des Services de bien-être à l'enfance et à la jeunesse et rédigée à l'intention des gestionnaires de la prestation des programmes. La note portait sur les enfants pris en charge qui sont suicidaires ou qui ont des idées suicidaires et sur le retrait des armes à feu des foyers d'accueil. Elle décrivait les questions que le personnel doit poser aux parents de famille d'accueil ainsi que les mesures à prendre. Elles sont reproduites ci-dessous.)

- *S'ils gardent des armes à domicile/ou sur leur propriété.*
- *Dans l'affirmative, ils doivent retirer en permanence les armes qu'ils possèdent à domicile pendant la période où l'enfant ou le jeune vit dans leur foyer.*

Inquest No. 4 – Heather White continued

- ***Where the foster parents agree to the permanent removal of the guns and they are stored at the home of a relative or a friend where the child/youth may visit, the guns must be stored in a location where the child would not have access to them.***

- ***If the guns are used for hunting purposes, the foster parents must provide the new address of location of the guns to the Department of Natural Resources.***

- ***For all other guns, such as hand guns or any restricted firearm, the foster parents must provide the new address of location of the guns to the Department of Public Safety.***

- ***If the foster parents refuse to remove the guns, which is their right, the Child Protection Social Worker or the Child-in-Care Social Worker must remove the child immediately from the foster home and another placement must be found.***

- ***In those situations where foster parents choose not to remove the guns it does not mean that their approval to foster is terminated. The Department may place other children who are not suicidal or do not have suicidal ideation.***

We affirm the interrogation and action items contained in the bullets on page 1 and 2 of the inter-office memo dated 2005-06-16.

The Department of Public Safety's Chief Firearms Officer (CFO), on reviewing these instructions, has determined that they do not accurately reflect the

Quatrième enquête – Heather White (suite)

- ***Lorsque les parents de famille d'accueil acceptent de retirer en permanence les armes en leur possession et qu'ils les entreposent au domicile d'un parent ou d'un ami où l'enfant est susceptible de se rendre en visite, les armes doivent être gardées hors de portée de l'enfant.***

- ***Si les armes sont utilisées pour la chasse, les parents de famille d'accueil doivent communiquer l'adresse du nouveau lieu d'entreposage au ministère des Ressources naturelles.***

- ***Pour toutes les autres armes, comme les armes de poing ou les armes à feu à autorisation restreinte, les parents de famille d'accueil doivent communiquer l'adresse du nouveau lieu d'entreposage au ministère de la Sécurité publique.***

- ***Si les parents de famille d'accueil refusent de retirer les armes qu'ils possèdent, ce qui est leur droit, le travailleur social de la Protection de l'enfance ou le travailleur social des Services des enfants pris en charge doit retirer l'enfant immédiatement de la famille d'accueil et lui trouver une autre famille.***

- ***Dans le cas où les parents de famille d'accueil décident de ne pas retirer leurs armes, l'agrément accordé au foyer ne prend pas fin pour autant. Le ministère peut y placer d'autres enfants qui ne sont pas suicidaires ou qui n'ont pas d'idées suicidaires.***

Nous approuvons les énoncés et les questions aux points des pages 1 et 2 de la note interservices du 16 juin 2005.

Après examen de ces directives, le contrôleur des armes à feu du ministère de la Sécurité publique a établi qu'elles n'expriment pas correctement les

specific requirements of the *Firearms Act*. The Minister will direct the CFO to work directly with FCS to assist them in the preparation of their policies in this area. He will be able to advise on:

- The legal obligations of the firearm owners to license and register their firearms.
- When there are elevated levels of risk in a home, how the level of security on the firearms can be elevated through the use of trigger locks, steel locked gun cabinets and removal of the firearms and ammunition.
- Statutory obligations to inform the Registrar when any firearms are stored outside the home.
- Statutory and regulatory controls concerning the handling/storage and transportation of restricted and prohibited firearms and the conditions in which these firearms may be stored outside the home.

The Minister of Natural Resources (DNR) writes that the protocol on accepting seized or surrendered firearms from foster homes rests solely with the Department of Public Safety (DPS). The DPS, the RCMP or a Municipal Police Force are the jurisdictions that could seize and would be in a position to accept and store firearms of this nature. DNR enforcement officers would seize non-restricted firearms (rifles/shotguns) only to be used as evidence in relation to the prosecution of offences under the *Fish and Wildlife Act*. In some

exigences précises de la *Loi sur les armes à feu*. Le ministre demandera au contrôleur des armes à feu de travailler directement avec le ministère des Services familiaux et communautaires pour l'aider à préparer des directives dans ce domaine. Le contrôleur des armes à feu pourra le conseiller sur les points suivants :

- Les obligations légales des propriétaires d'armes à feu en ce qui concerne l'obtention de permis et l'enregistrement de leurs armes.
- La façon d'améliorer le niveau de sécurité des armes à feu s'il existe un risque élevé dans un foyer par l'utilisation de verrous d'armes, d'une armoire à fusils en acier, fermée à clé, et du retrait des armes et des munitions.
- Les obligations statutaires d'informer le registraire lorsque des armes à feu sont entreposées à l'extérieur du foyer.
- Les contrôles accordés par une loi ou un règlement concernant la manutention, l'entreposage et le transport d'armes à feu prohibées ou à autorisation restreinte et les conditions dans lesquelles de telles armes peuvent être entreposées en dehors du foyer.

Le ministre des Ressources naturelles écrit que le protocole concernant l'acceptation d'armes à feu saisies dans des familles d'accueil ou cédées par elles relève uniquement du ministère de la Sécurité publique. Les autorités en mesure de saisir ou d'accepter et d'entreposer des armes à feu de cette nature sont le ministère de la Sécurité publique, la GRC ou une force policière municipale. Les agents d'exécution du ministère des Ressources naturelles peuvent saisir une arme à feu sans restriction (carabine/fusil de chasse) seulement si cette arme

cases seized non-restricted firearms are forfeited to the Minister of Natural Resources and are turned over to DPS for destruction.

Recommendation #14

In addition, we recommend that when a child is placed in a foster home, all weapons be removed for a probationary 30 day period. If the child is assessed as not having suicidal ideation or tendencies, the weapons may be returned – such weapons to include rifles, handguns, crossbows, knives or swords stored in compliance with Provincial Standards.

The Department of Family & Community Services does not support this recommendation. A child/youth may become suicidal or develop suicidal ideation at anytime during his/her life as a result of various contributing factors as in the case in question. Some children/youth may not be suicidal nor exhibit signs of suicidal ideation at the time of their initial placements in the foster home. Where it is known that a child has suicidal ideation or is suicidal the Department will seek a foster home where there are no guns or will enforce its policy directive of June 16, 2005.

doit être utilisée comme preuve dans une poursuite pour une infraction en vertu de la *Loi sur la pêche sportive et la chasse*. Dans certains cas, des armes à feu sans restriction qui ont été saisies sont confisquées par le ministre des Ressources naturelles et remises au ministère de la Sécurité publique pour être détruites.

Recommandation n° 14

De plus, lors de l'arrivée d'un enfant dans une famille d'accueil, nous recommandons que les armes soient retirées de la maison de la famille pour une période de 30 jours. Si l'évaluation montre que l'enfant n'a pas d'idées de suicide ou de tendances au suicide, les armes seront rendues. Parmi les armes visées par la présente recommandation, il y a les carabines, les armes de poing, les arbalètes, les couteaux et les épées entreposés conformément aux normes provinciales.

Le ministère des Services familiaux et communautaires n'appuie pas cette recommandation. Un enfant ou un jeune peut devenir suicidaire ou développer des idées de suicide n'importe quand au cours de sa vie à cause de divers facteurs contributifs comme dans le cas dont il est question ici. Un enfant ou un jeune peut ne pas être suicidaire et ne pas montrer de signes de suicide ou d'idées de suicide au moment de son placement initial dans une famille d'accueil. Lorsqu'un enfant est reconnu pour avoir des idées de suicide ou pour être suicidaire, le Ministère doit chercher une famille d'accueil où il n'y a aucune arme ou alors il doit appliquer sa directive d'orientation datée du 16 juin 2005.

Inquest No. 4 – Heather White continued

E. COMMUNICATIONS

Information Sharing

Priority be given to child protection services in accessing psychological assessments from Mental Health Centres (Brewer Report- July 7, 1998 - Recommendation 5).

We affirm the expanded scope of the protocols in response to recommendation 5 of the Brewer Report and detailed in the June 27, 2005 memo.

In addition we recommend the following:

Recommendation #15

We recommend that the Program Directors and Regional Supervisors work towards fostering an environment of collegial sharing and free flow of information at the monthly meetings with respect to shared client files.

The Department of Health & Wellness confirmed that this is already in place with the expanded protocol and will be reinforced during the tour of the Province.

The Department of Family & Community Services supports this recommendation. The fostering of collegial information sharing is reaffirmed in the expanded protocol between the Department of FCS and Mental Health Services Division. The Director

Quatrième enquête – Heather White (suite)

E. COMMUNICATIONS

Échanges d'information

Que l'accès aux évaluations psychologiques effectuées par les centres de santé mentale soit accordé en priorité aux Services de protection de l'enfance (Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants sur le décès de Jacqueline Brewer – Le 7 juillet 1998 - Recommandation n° 5).

Nous approuvons l'élargissement du champ d'application des protocoles découlant de la recommandation n° 5 du rapport Brewer et dont les détails sont présentés dans la note de service du 27 juin 2005.

Nous formulons en outre les recommandations suivantes :

Recommandation n° 15

Nous recommandons que les directeurs du programme et les surveillants régionaux travaillent à créer une atmosphère favorisant, lors des réunions mensuelles, le partage et la libre circulation entre collègues de travail des renseignements sur un client qu'ils se partagent.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être confirme que cette recommandation est déjà appliquée grâce au protocole élargi qui sera renforcé au cours de la tournée de la province.

Le ministère des Services familiaux et communautaires appuie cette recommandation. Une atmosphère favorisant l'échange des renseignements entre collègues du ministère des Services familiaux et communautaires et de la Division des services de santé mentale

of Child Welfare and the Executive Director of Mental Health Services have agreed to schedule joint meetings beginning in April 2006 to reinforce the need for a collegial working relationship and sharing of information between the two departments.

Recommendation #16

We recommend that the Evaluation Section on page 2 of the Terms of Reference of the June 27, 2005 document be amended to provide for a provisional evaluation process which may include such topics as the review and adjustment of case worker schedules and whatever other revisions may be necessary to ensure the success of the collaboration process.

The Department of Health & Wellness states that this should be formally done by Planning and Evaluation from both Departments and will be discussed again to operationalize.

The FCS Program Delivery Managers and the Program Managers from Mental Health will be responsible for regional monitoring to ensure the forums are established and maintained in the regions. Adjustments and revisions such as those referred to in this recommendation are a regional responsibility and will be assumed by the relevant managers to ensure successful collaboration. The Director of Child Welfare and Youth Services, FCS, and the Executive Director, Mental Health Services Division, Department of Health & Wellness, will also have the responsibility for the monitoring process for the expanded protocol in response to Recommendation 5 of the Brewer Report.

est approuvée de nouveau dans le protocole élargi. Le directeur des Services de bien-être à l'enfance et à la jeunesse et le directeur général des Services de santé mentale ont convenu d'organiser des réunions conjointes à partir d'avril 2006 pour renforcer l'a nécessité d'une relation de travail collégiale et de l'échange des renseignements entre les deux ministères.

Recommandation n° 16

Nous recommandons que la section *Évaluation*, à la page 2 du *Mandat* annexé au document du 27 juin 2005, soit modifiée afin d'incorporer un processus d'évaluation provisoire pouvant comprendre, entre autre, la revue et l'ajustement des horaires de travail des gestionnaires de cas et toute autre révision nécessaire à la réussite du processus de collaboration.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être déclare que ceci devrait être fait officiellement par les Divisions de la planification et de l'évaluation des deux ministères et que la recommandation sera discutée de nouveau pour qu'elle devienne opérationnelle.

Il incombera aux gestionnaires de la prestation des programmes du ministère des Services familiaux et communautaires et aux gestionnaires des programmes de la Santé mentale d'assurer la surveillance régionale pour veiller à ce que les forums soient établis et maintenus dans les régions. Les ajustements et les revues mentionnés dans la présente recommandation relèvent des régions et doivent être assumés par les gestionnaires concernés pour garantir le succès de la collaboration. Le directeur des Services de bien-être à l'enfance et à la jeunesse du ministère des Services familiaux et communautaires et le directeur général des Services de santé mentale du ministère de la Santé et du Mieux-être auront également la responsabilité du processus de surveillance du protocole élargi en réponse à la recommandation n° 5 du rapport Brewer.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Recommendation #17

In the case of a Child-in-Care, the Family & Community Services child support worker be considered the key coordinator, conduit and individual responsible for soliciting and recording all information pertinent to the well-being of the child such as information from foster parents, Mental Health Workers, medical practitioners, friends and community mentors.

The Department of Family & Community Services supports this recommendation. FCS is in agreement that the Mental Health worker would be the primary care giver for the provision of treatment services as this is their area of expertise. However, due to the fact that the child/youth is in the care of the Department, the child's social worker has the legal responsibility to ensure that all the child/youth's needs are met and as such, is the key coordinator, conduit and individual responsible for soliciting and recording all information.

The College of Physicians and Surgeons of N. B. offered the following comment:

Consent to Treatment – Our advice to physicians is that they should clearly identify the appropriate decision maker involved in the care of any patient. Specific advice to physicians is in the *Code of Ethics*. In addition, the College has adopted a specific commentary relative to NB on this matter as follows: "Physicians should be mindful of the Medical Consent of Minors Act. Patients aged sixteen and older have the full rights of adults for all aspects of their medical care, including consent and refusal of treatment and confidentiality. Those

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Recommandation n° 17

Dans le cas d'un enfant pris en charge, le travailleur de soutien du ministère des Services familiaux et communautaires doit être considéré comme coordonnateur et personne de liaison clé pour ce qui est de demander et de consigner les renseignements pertinents sur le bien-être de l'enfant, dont ceux provenant des parents d'accueil, des travailleurs en santé mentale, des médecins praticiens, des amis et des mentors dans la communauté.

Le ministère des Services familiaux et communautaires appuie cette recommandation. Il convient que le travailleur de la Santé mentale doit être le principal fournisseur de services de traitement puisque c'est son domaine d'expertise. Cependant, étant donné que l'enfant ou le jeune est à la charge du Ministère, le travailleur social de l'enfant a la responsabilité juridique de veiller à ce que tous ses besoins soient satisfaits et, comme tel, il est considéré le coordonnateur et la personne de liaison clé pour ce qui est de demander et de consigner tous les renseignements.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a transmis les commentaires suivants :

Consentement au traitement – Nous recommandons aux médecins de toujours déterminer exactement qui est la personne appropriée devant prendre les décisions au sujet des soins d'un patient. Le *Code de déontologie* renferme des conseils précis à l'intention des médecins. Le Collège a ajouté d'autres commentaires à ce sujet pour le Nouveau-Brunswick : « Les médecins ne devraient pas oublier les dispositions de la *Loi sur le consentement des mineurs aux traitements médicaux*. Un patient âgé de seize ans ou plus a les

under sixteen have similar rights if they are considered competent to consent by a physician and the treatment is in their best interest." If the physician concluded that a patient was competent to make a decision related to a particular matter, there would be no more obligation to communicate with Departmental staff than there would be to the parents of a minor who is still with their own family. Where it is clear that decisions must be made by a person other than the patient, regardless of age, physicians are advised to identify the appropriate person.

Documentation and Tools

When dealing with child protection cases, all of the service providers, within the Department of Family and Community Services, must be provided with compatible technology to ensure ease of communication, and policy should be amended to reflect the requirement to share protection information within the department (Brewer Report - July 7, 1998 - Recommendation 9).

We affirm the recommendation concerning compatible technology in the 1998 report on the death of Jacqueline Dawn Brewer.

mêmes droits qu'un adulte pour tous les aspects des soins médicaux, y compris le consentement à un traitement, le refus de traitement et la confidentialité. Un enfant de moins de seize ans a les mêmes droits si un médecin le croit capable de consentir au traitement et que le traitement est dans son intérêt. » Si le médecin conclut que le patient est capable de prendre une décision concernant un sujet particulier, il n'est pas tenu de communiquer avec le personnel du Ministère, pas plus qu'il ne serait tenu de communiquer avec les parents d'un mineur résidant encore dans sa propre famille. Lorsqu'il est évident que les décisions doivent être prises par une personne autre que le patient, quel que soit l'âge de celui-ci, on recommande aux médecins d'identifier d'abord la personne appropriée.

Documentation et outils

Que tous les dispensateurs de services du ministère de la Santé et des Services communautaires qui doivent s'occuper des cas de protection de l'enfance soient dotés d'outils technologiques compatibles afin de faciliter le partage des renseignements, et que les règles directrices soient modifiées afin de tenir compte de la nécessité de partager des renseignements en matière de protection de l'enfance au sein du ministère (Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants sur le décès de Jacqueline Brewer – Le 7 juillet 1998 - Recommandation n° 9).

Nous approuvons la recommandation concernant l'adoption de technologie compatible, qui est énoncée dans le rapport de 1998 sur le décès de Jacqueline Dawn Brewer.

Recommendation #18

In addition we recommend that compatible computer software and coding systems be implemented in both the Departments of Family & Community Services and Mental Health Services, with the requisite training, secure access code security classes and IT support.

The Department of Health & Wellness will review cost, compatibility and privacy issues to determine if this recommendation can be implemented.

The Department of Family & Community Services states that an improved information system, NB Families, was introduced in 2004 by the Department of FCS. This system is accessible in all regions. As well, there is a "bridge" through NB Case that allows social workers in the Department to determine if a child or family has had recent involvement with Public Health and/or Mental Health Services. A similar bridge exists with Income Assistance. There are two linkages between Public Health/Mental Health, Department of Health & Wellness and FCS:

- FCS Social Workers have access to the Department of Health & Wellness' Client Service Delivery System (CSDS) to obtain and validate household information in relation to child protection referrals.

- There is also an interface between the CSDS and NB Families Systems, whereby FCS has access to Public and Mental Health client information to assist FCS staff in determining

Recommandation n° 18

De plus, nous recommandons que des logiciels et des systèmes de codage compatibles soient mis en œuvre au ministère des Services familiaux et communautaires et dans la Division des services de santé mentale, et que le personnel reçoive le soutien nécessaire en matière de formation, d'accès aux codes de sécurité et d'aide technique.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être examinera les questions du coût, de la compatibilité et de la confidentialité pour déterminer si cette recommandation peut être mise en œuvre.

Le ministère des Services familiaux et communautaires déclare avoir mis en place en 2004 un système d'information amélioré, appelé Familles NB, accessible dans toutes les régions. De plus, un « pont » avec NB Cas permet aux travailleurs sociaux du Ministère de déterminer si un enfant ou une famille a reçu récemment des services de la Santé publique ou de la Santé mentale. Un pont semblable établit un lien avec l'Aide au revenu. Il existe deux liens entre la Santé publique et la Santé mentale, le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministère des Services familiaux et communautaires :

- Les travailleurs sociaux du ministère des Services familiaux et communautaires ont accès au Système de prestations de services aux clients (SPSC) du ministère de la Santé et du Mieux-être pour obtenir et confirmer des renseignements sur les ménages en rapport avec des cas de protection de l'enfance.

- Il existe également une interface entre le SPSC et Familles NB permettant au ministère des Services familiaux et communautaires d'avoir accès aux renseignements sur les clients de la

whether FCS or potential FCS clients have been receiving Public/Mental Health Services.

Santé publique et de la Santé mentale afin que son personnel puisse déterminer si les clients actuels du Ministère ou ses clients éventuels reçoivent déjà des services de la Santé publique ou de la Santé mentale.

While a compatible computer software between FCS and Mental Health Services might have its benefits, this does not replace the importance of collegial working relationships. The sharing of information at case conferences provides a much more viable and reliable communication system.

Bien qu'un logiciel compatible entre le ministère des Services familiaux et communautaires et les Services de la santé mentale puisse offrir des avantages, il ne peut remplacer des relations de travail collégiales dont l'importance est indéniable. L'échange des renseignements au cours des conférences de cas est un système de communication beaucoup plus viable et fiable.

Continuity of Care

Continuité des soins

Report to the Child Death Review Committee, February 2004 - Recommendations 1, 2, 3, 4 and 7.

***Recommendation #1* - A protocol around suicide attempts for children who are in our care needs to be developed with requisite training around indicators and risk management of suicide provided. This would also include the directive that if incidents are brought to the attention of After Hours, the event would be identified as an Emergency. The on call social worker must be contacted for immediate follow up, release of information, and contact with the case managing social worker at the first opportunity.**

Voici les recommandations n^{os} 1, 2, 3, 4 et 7 du rapport soumis au Comité d'examen des décès d'enfants de février 2004.

***Recommandation n° 1* – Un protocole doit être élaboré pour traiter des cas d'enfants pris en charge qui tentent de se suicider, et le protocole doit préciser la formation nécessaire en matière d'identification des facteurs de risque et de la gestion du risque. Il faut inclure une directive selon laquelle tout incident signalé après les heures normales de bureau doit être traité comme une urgence. Il faut alerter le travailleur social de service, qui se chargera immédiatement du suivi de la situation, de la divulgation de renseignements et de la communication avec le gestionnaire du cas dans les plus brefs délais.**

The Department of Family & Community Services has developed a suicide protocol dated July 4, 2005, between their Department and the Mental Health Services Division and was approved by both Departments. The protocol addresses children in the care (temporary and permanent care) of the Minister and stipulates that all incidents that are

Le ministère des Services familiaux et communautaires a élaboré un protocole en cas de suicide, daté du 4 juillet 2005, pour le Ministère et la Division des services de santé mentale, qui a été approuvé par les deux ministères. Le protocole traite des enfants pris en charge par le ministre (de manière temporaire et permanente) et précise que

brought to the attention of After Hours Emergency Social Services must be reported to the regional on-call worker who must ensure follow up. It further stipulates that when a situation has occurred after hours, the regional on-call social worker must inform the child's social worker of the incident immediately upon the first working day.

tous les incidents portés à l'attention du Service de permanence centralisée doivent être signalés au travailleur de service responsable du suivi dans la région. Il précise de plus que lorsqu'une situation se produit après les heures normales de bureau, le travailleur social de service dans la région doit informer de l'incident le travailleur social de l'enfant dès le début de la journée ouvrable suivante.

Recommendation #2 - The protocol needs to stipulate that when children attempt suicide, information can be requested from involved professionals and be provided from Family and Community Services so as to facilitate comprehensive diagnosis and treatment.

Recommandation n° 2 – Le protocole doit préciser que lorsqu'un enfant tente de se suicider, il sera possible de demander des renseignements des professionnels concernés et que le ministère des Services familiaux et communautaires fournira les renseignements afin de faciliter l'établissement d'un diagnostic et la prescription d'un traitement complet.

The Department of Family & Community Services states that the protocol addresses the issue concerning the request of information from involved professionals. According to the protocol, the child's social worker must contact the foster parent or group home worker for appropriate follow up as well as other professionals who intervened with the child/youth during the crises. As there appears to be a misunderstanding by professionals on their ability to share information, the Director of Child Welfare and Youth Services also sent a letter to the College of Physicians and Surgeons and College of Psychologists on July 4, 2005, asking that the College remind their members that when providing services to a child/youth in the care of the Minister of FSC that it is the Minister who is the legal parent of the child/youth, and stressed the importance of sharing all important information and prescribing information with the Minister's representative. Furthermore, the Department will

Le ministère des Services familiaux et communautaires déclare que le protocole traite de la question de la demande de renseignements à des professionnels concernés. Conformément au protocole, le travailleur social de l'enfant doit communiquer avec le parent de la famille d'accueil ou avec le travailleur du foyer de groupe pour faire un suivi approprié ainsi qu'avec les autres professionnels qui se sont occupés de l'enfant ou du jeune pendant les crises. Étant donné le malentendu qui semble exister chez les professionnels en ce qui concerne la possibilité d'échanger des renseignements, le directeur des Services de bien-être à l'enfance et à la jeunesse a également transmis une lettre au Collège des médecins et chirurgiens et au Collège des psychologues le 4 juillet 2005 pour leur demander de rappeler à leurs membres que lorsqu'ils fournissent des services à un enfant ou à un jeune à la charge du ministre des Services familiaux et communautaires,

be proposing that Part IV of *Family Services Act* Children in Care be amended to ensure clarity among professionals that they have the legal obligation to share information with FCS where the child is under the age of 19 and in the care of the Minister.

le ministre est le parent légal de l'enfant ou du jeune, et d'insister sur l'importance de transmettre au représentant du ministre tous les renseignements d'ordonnance et les renseignements importants. Le Ministère proposera aussi que la Partie IV de la *Loi sur les services à la famille, Enfants pris en charge*, soit modifiée afin qu'il soit évident pour les professionnels qu'ils ont l'obligation juridique de transmettre les renseignements au ministère des Services familiaux et communautaires lorsque l'enfant a moins de 19 ans et se trouve à la charge du ministre.

The College of Physicians and Surgeons of N. B. advised that these issues will be highlighted in the College's newsletter. The newsletter of the College of Physicians and Surgeons may be accessed at: http://www.cpsnb.org/english/Bulletins/December%202005.html

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a déclaré que ces questions seront soulignées dans son bulletin qui peut être consulté à l'adresse suivante : http://www.cpsnb.org/french/Bulletins/December%202005%20french.html

The Registrar will point out to physicians the risks involved in specific circumstances, such as this one. In this regard, when requested, the College has noted to physicians the recommendations of an inquest or other proceeding that may cause them to review certain aspects of their practice. This can initiate remedial activity on the part of physicians who may see themselves in similar circumstances.

Le registraire signalera aux médecins les risques rattachés à des circonstances précises comme celle-ci. À cet égard, lorsqu'on le lui a demandé, le Collège a signalé aux médecins les recommandations d'une enquête ou d'une autre procédure pouvant les amener à réviser certains aspects de leur exercice. Ceci peut entraîner la prise de mesures correctives de la part des médecins susceptibles de se retrouver dans des circonstances semblables.

Recommendation #3 - All medical information and records completed on children in care attempting suicide AFTER HOURS needs to be forwarded to the Department so as to ensure continuity of information flowing to the social worker involved with the child as well as consent to treatment. This information can then be integrated into the Looking After Children forms as a tool for documenting events in a child's life and for instituting comprehensive case plans for

Recommandation n° 3 – Tous les renseignements et dossiers médicaux sur les enfants pris en charge qui tentent de se suicider APRÈS LES HEURES NORMALES DE BUREAU doivent être transmis au Ministère afin d'assurer la continuité de la circulation de l'information au travailleur social chargé du dossier de l'enfant, ainsi que pour les questions de consentement au traitement. Les renseignements peuvent ensuite être incorporés dans les formules* S'occuper des enfants *et servir

Inquest No. 4 – Heather White continued

children in our care. Training with Foster Parents needs to emphasize their responsibility to convey information to the social worker as they are the conduits of day to day data about a child's life.

Looking After Children needs to continue to be given high priority, training and support by the Department.

Children in our care should not be prescribed psychotropic medication without the consent of the social worker involved.

The Department of Family & Community Services supports this recommendation. The issues identified in the recommendation will be further amplified in the Child-in-Care Standards as well as training provided to foster parents. Looking After Children continues to be a high priority for the Department of FCS. The Department will stress the importance for child-in-care social workers to consult with treating physicians before any psychotropic medications are prescribed to our children in care. Our PRIDE Training (Parent Resources for Information, Development and Education) with Foster Parents and the 2005 Family Foster care Standards emphasizes the foster family's responsibility to convey information to the social worker as they are the primary source of day-to-day information about a child's life. Since March 2005, each foster family has had a copy of these standards.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

d'outil pour documenter les moments marquants de la vie d'un enfant ainsi que pour établir des plans d'intervention complets chez les enfants dont nous avons la charge. La formation offerte aux parents d'accueil doit souligner leur responsabilité de transmettre des renseignements au travailleur social puisqu'ils sont la source des données concernant la vie quotidienne de l'enfant.

Le Ministère doit continuer d'accorder au programme* S'occuper des enfants *une priorité importante et d'y fournir la formation et le soutien nécessaires.

Les enfants que nous avons pris en charge ne doivent pas recevoir de médicaments psychotropes prescrits sans le consentement de leur travailleur social.

Le ministère des Services familiaux et communautaires appuie cette recommandation. Les points mentionnés dans la recommandation seront développés dans les *Normes du programme des services aux enfants pris en charge* ainsi que dans la formation donnée aux parents de familles d'accueil. L'outil *S'occuper des enfants* conserve une priorité élevée au ministère des Services familiaux et communautaires. Le Ministère insistera sur l'importance pour les travailleurs sociaux chargés du dossier d'enfants pris en charge par le Ministère de consulter le médecin traitant d'un enfant avant que des médicaments psychotropes lui soient prescrits. La formation PRIDE (Parents – Ressources – Information – Développement – Éducation) donnée aux parents de familles d'accueil et les *Normes relatives aux services des familles d'accueil*, édition de janvier 2005, insistent sur la responsabilité de la famille d'accueil de transmettre des renseignements au travailleur social puisqu'elle est la principale source des données concernant la vie quotidienne de l'enfant. Depuis mars 2005, chaque famille d'accueil a un exemplaire de ces normes.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Recommendation #4 - Continuity of care and services in the Child Care Program is of utmost priority. Disruptions of care caused by inadvertent leaves or absences are unavoidable however planned leaves could be facilitated with an overlap of workers and at a minimal, introductions to the child and/or foster parent. Adherence to Standards and consistent comprehensive planning facilitated by Looking After Children could ease disruptions caused by staff turnover.

The completion of the Looking After Children tool is mandatory for children in permanent care of the Department of FCS. The Department recognizes that not all changes in social workers can be prevented but that, wherever possible, such changes must be planned. On January 1, 2005, the Department introduced the Orientation and Training Policy for Child Welfare Social Workers.

Recommendation #7 - Documented events need to be recorded so as to accurately describe incidents as they occur and to reflect social worker practices and interventions. Departmental Standards need to direct an expectation regarding the timeliness in doing this as well as a requirement that supervisors monitor and conduct regular review of these recordings so as to ensure Standard compliance and acceptable clinical practices.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Recommandation n° 4 – La continuité des soins et des services dans le cadre du programme de soins aux enfants est l'élément prioritaire. Il est impossible d'éviter les perturbations causées par des départs ou des absences imprévues, mais la transition dans le cas des absences prévues pourrait être facilitée en affectant plus d'un travailleur social à un cas ou, au moins, en présentant d'autres travailleurs à l'enfant ou aux parents d'accueil. En respectant les normes et en planifiant les périodes de transition de façon cohérente et complète, et en la facilitant au moyen du programme* S'occuper des enfants, *l'effet des perturbations causées par les départs d'employés sera atténué.

L'outil *S'occuper des enfants* doit être complété pour les enfants pris en charge de manière permanente par le ministère des Services familiaux et communautaires. Le Ministère reconnaît l'impossibilité d'éviter tous les changements de travailleurs sociaux mais, chaque fois que cela est possible, les changements doivent être planifiés. Le 1er janvier 2005, le Ministère a mis en place la *Directive sur l'orientation et la formation des travailleurs sociaux en bien-être de l'enfance*.

Recommandation n° 7 – Les faits marquants doivent être consignés de façon à décrire avec exactitude les incidents au fur et à mesure qu'ils se produisent et les pratiques et les interventions des travailleurs sociaux. Les normes du Ministère doivent préciser les attentes en matière de rapidité d'action et de la nécessité pour les surveillants de faire un suivi et de passer régulièrement en revue les notes consignées dans de telles circonstances afin de s'assurer que les mesures prises soient conformes aux normes et aux pratiques cliniques acceptables.

Inquest No. 4 – Heather White continued

The Department of Family & Community Services states that the Child-in-Care Standards are currently under review. While the current standards do indicate the importance of timely recording of events in the child's life, they will be reinforced in the revised standards.

We affirm Recommendations 1, 2, 3, 4 and 7 of the February 2004 submission to the Child Death Review Committee.

F. LEGISLATIVE CHANGES

Access is never to be part of a Guardianship Order unless ordered by the court. If it is determined to be in a child's best interests, the Minister can determine this with court ordered stipulations avoided (Report to the Child Death Review Committee - February 2004 - Recommendation 5)

Recommendation #19

We recommend that Recommendation 5 of the submission to the Child Death Review Committee, dated February 2004, be considered/adopted as legislation under New Brunswick's Family Services Act.

The Department of Family & Community Services supports this recommendation and will be requesting a legislative amendment which would prohibit access being attached to a Guardianship Order unless the Minister determines that it is in the child's best interest. As well, a provision granting the Minister the authority to deny the access if the circumstances change and it is determined that the access is no longer in the child's best interest will be recommended.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Le ministère des Services familiaux et communautaires déclare que les *Normes du programme des services aux enfants pris en charge* sont actuellement en révision. Bien que les normes actuelles indiquent bel et bien l'importance de consigner rapidement les événements marquants dans la vie de l'enfant, cet aspect sera renforcé dans les normes révisées.

Nous approuvons les recommandations n^{os} 1, 2, 3, 4 et 7 du rapport soumis au Comité d'examen des décès d'enfants de février 2004.

F. MODIFICATIONS LÉGISLATIVES

Une ordonnance de tutelle ne doit jamais faire état du droit d'accès, à moins d'une directive contraire d'un tribunal. Si l'on estime qu'il est dans le meilleur intérêt de l'enfant, le ministre peut prendre une décision à ce sujet sans égard aux stipulations du tribunal (rapport du Comité d'examen des décès d'enfant, février 2004, recommandation n° 5).

Recommandation n° 19

Nous recommandons que la recommandation n° 5 soumise au Comité d'examen des décès d'enfants de février 2004 soit étudiée en vue de son adoption comme disposition législative de la *Loi sur les services à la famille* du Nouveau-Brunswick.

Le ministère des Services familiaux et communautaires appuie cette recommandation et il demandera une modification législative pour interdire qu'une ordonnance de tutelle fasse état du droit d'accès sauf si le ministre détermine que c'est dans le meilleur intérêt de l'enfant. Il recommandera également l'adoption d'une disposition accordant au ministre le pouvoir de refuser l'accès si les circonstances changent et s'il est déterminé que l'accès n'est plus dans le meilleur intérêt de l'enfant.

G. BROADER EDUCATION STRATEGIES

School

Recommendation #20

In addition to the existing curriculum "Lets Live' module, we recommend that personnel from the Youth Suicide Prevention Division of the Department of Health and Wellness be contacted by the Department of Education to offer regular training at Teacher/Counsellor Continuing Education Workshops throughout the school year.

Recommendation #21

We recommend that the Department of Education personnel responsible for their Internet web site contract with Youth Suicide Prevention to include information concerning suicide prevention and intervention with contact information for both students under stress and potential helping friends, teachers, counsellors or mentors.

The Minister of Education concurs with the recommendations and shall direct staff to consult with the Youth Suicide Prevention Division of Department of Health & Wellness such that their services may be made available to school districts. The Department of Education will ensure that their website contains appropriate and targeted information concerning suicide prevention and intervention and avenues to explore for seeking assistance by students under stress as well as their teachers and other support personnel.

G. STRATÉGIES ÉDUCATIVES GÉNÉRALES

École

Recommandation n° 20

En plus du module existant *Let's Live*, nous recommandons que le ministère de l'Éducation communique avec les membres du personnel du ministère de la Santé et du Mieux-être affectés à la prévention des suicides chez les jeunes afin les informer de la formation qui sera donnée lors des ateliers de perfectionnement offerts au personnel enseignant et aux conseillers et conseillères en santé mentale.

Recommandation n° 21

Nous recommandons que le personnel du ministère de l'Éducation responsable du site Web s'entende avec le service de prévention des suicides chez les jeunes afin d'inclure des renseignements sur la prévention et l'intervention face au suicide sur son site. Parmi les renseignements offerts, il y aura les coordonnées de personnes-ressources au service de l'élève vivant un stress et qui sauront aider aussi les amis, les enseignants, les conseillers et les mentors de l'élève.

Le ministre de l'Éducation est d'accord avec les recommandations et il indiquera à son personnel de consulter les membres du personnel du ministère de la Santé et du Mieux-être affectés à la prévention des suicides chez les jeunes afin que leurs services puissent être disponibles dans les districts scolaires. Le ministère de l'Éducation veillera à ce que le site Web contienne des renseignements ciblés et pertinents sur la prévention du suicide et sur l'intervention face au suicide et des moyens de chercher de l'aide pour les élèves vivant un stress ainsi que pour les enseignants et les autres employés de soutien.

Inquest No. 4 – Heather White continued

Community

Recommendation #22

We recommend the implementation of a program similar to the Block Parent Program whereby community representatives will receive the ASIST Program and may act as community co-ordinators and mentors related to adolescent abuse and suicide.

The Department of Health & Wellness states that this will be shared with local Community Suicide Prevention Committees who could take this as a project. As part of their wellness strategy, the Department is planning to expand a program that links youth in distress to proper resources and support.

Recommendations of the Presiding Coroner

Recommendation #1

That the College of Physicians and Surgeons provide practice guidelines and training to family physicians on administering and monitoring the use of antidepressants (SSRI's) in adolescents.

Recommendation #2

That the Regional Health Authorities in New Brunswick develop mechanisms to share discharge summaries, ER records of relevant medical history between the hospital, community based physicians and mental health centres for cases of adolescents experiencing suicidal ideation or receiving medications for depression.

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Collectivité

Recommandation n° 22

Nous recommandons la mise en œuvre d'un programme semblable à *Parents-Secours* dans le cadre duquel des représentants de la collectivité recevront la FATIS et pourront agir à titre de coordonnateurs communautaires et de mentors dans le domaine de l'abus et du suicide chez les adolescents.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être déclare qu'il fera part de cette recommandation aux comités communautaires de prévention du suicide qui pourront l'adopter comme projet. Dans le cadre de sa stratégie du mieux-être, le Ministère prévoit étendre un programme qui permettra aux jeunes en détresse de trouver les ressources et le soutien appropriés.

Recommandations du coroner enquêteur :

Recommandation n° 1

Que le Collège des médecins et des chirurgiens fournisse des directives cliniques et de la formation aux médecins de famille concernant l'administration d'antidépresseurs (inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine) chez des adolescents et de suivre de près l'usage de ces médicaments par les clients.

Recommandation n° 2

Que les régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick élaborent des mécanismes afin de pouvoir partager les résumés de départ et les dossiers des services d'urgence sur les antécédents médicaux pertinents du patient avec l'hôpital, les médecins de la collectivité et les centres de santé mentale afin de mieux suivre les adolescents qui ont des idées de suicide ou qui prennent des médicaments pour traiter la dépression.

Inquest No. 4 – Heather White continued

The College of Physicians and Surgeons of N. B. advised that these issues will be highlighted in the College's newsletter. The newsletter of the College of Physicians and Surgeons may be accessed at: http://www.cpsnb.org/english/Bulletins/December%202005.html

The Registrar will point out to physicians the risks involved in specific circumstances, such as this one. In this regard, when requested, the College has noted to physicians the recommendations of an inquest or other proceeding that may cause them to review certain aspects of their practice. This can initiate remedial activity on the part of physicians who may see themselves in similar circumstances.

The College of Physicians and Surgeons of N. B. offered the following comment:

Consent to Treatment – Our advice to physicians is that they should clearly identify the appropriate decision maker involved in the care of any patient. Specific advice to physicians is in the *Code of Ethics*. In addition, the College has adopted a specific commentary relative to NB on this matter as follows: "Physicians should be mindful of the Medical Consent of Minors Act. Patients aged sixteen and older have the full rights of adults for all aspects of their medical care, including consent and refusal of treatment and confidentiality. Those under sixteen have similar rights if they are considered competent to consent by a physician and the treatment is in their best interest." If the physician concluded that a patient was competent to make decision related to a particular matter, there

Quatrième enquête – Heather White (suite)

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a déclaré que ces questions seront soulignées dans son bulletin qui peut être consulté à l'adresse suivante : http://www.cpsnb.org/french/Bulletins/December%202005%20french.html

Le registraire signalera aux médecins les risques rattachés à des circonstances précises comme celle-ci. À cet égard, lorsqu'on le lui a demandé, le Collège a signalé aux médecins les recommandations d'une enquête ou d'une autre procédure pouvant les amener à réviser certains aspects de leur exercice. Ceci peut entraîner la prise de mesures correctives de la part des médecins susceptibles de se retrouver dans des circonstances semblables.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a transmis les commentaires suivants :

Consentement au traitement – Nous recommandons aux médecins de toujours déterminer exactement qui est la personne appropriée devant prendre les décisions au sujet des soins d'un patient. Le *Code de déontologie* renferme des conseils précis à l'intention des médecins. Le Collège a ajouté d'autres commentaires à ce sujet pour le Nouveau-Brunswick : « Les médecins ne devraient pas oublier les dispositions de la *Loi sur le consentement des mineurs aux traitements médicaux*. Un patient âgé de seize ans ou plus a les mêmes droits qu'un adulte pour tous les aspects des soins médicaux, y compris le consentement à un traitement, le refus de traitement et la confidentialité. Un enfant de moins de seize ans a les mêmes droits si un médecin le croit capable de

would be no more obligation to communicate with Departmental staff than there would be to the parents of a minor who is still with their own family. Where it is clear that decisions must be made by a person other than the patient, regardless of age, physicians are advised to identify the appropriate person.

consentir au traitement et que le traitement est dans son intérêt. » Si le médecin conclut que le patient est capable de prendre une décision concernant un sujet particulier, il n'est pas tenu de communiquer avec le personnel du Ministère, pas plus qu'il ne serait tenu de communiquer avec les parents d'un mineur résidant encore dans sa propre famille. Lorsqu'il est évident que les décisions doivent être prises par une personne autre que le patient, quel que soit l'âge de celui-ci, on recommande aux médecins d'identifier d'abord la personne appropriée.

Communication – Hospitals were forwarding emergency reports and similar documentation to the family physician. Regulations under the *Hospitals Act* make it clear that any treating physician can access records directly from a Regional Health Authority on written request. A patient may wish information from an emergency visit to be communicated to the family physician but the fact is that this is not always the case. In this regard, it may require specific consent from the patient or their decision maker, in order for this information to be passed.

Communication – Les hôpitaux transmettaient les rapports d'urgence et les documents de ce genre au médecin de famille. Le règlement établi en vertu de la *Loi hospitalière* indique clairement que tout médecin traitant peut obtenir des dossiers directement d'une régie régionale de la santé en soumettant une demande écrite. Un patient peut souhaiter que des renseignements provenant d'une visite à l'urgence soient transmis à son médecin de famille, mais le fait est que ce n'est pas toujours le cas. À cet égard, il peut être nécessaire d'obtenir un consentement explicite du patient ou de la personne responsable de prendre les décisions pour que les renseignements soient transmis.

No responses were received from the Nurses Association of New Brunswick and the College of Psychologists of New Brunswick.

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et le Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick n'ont transmis aucune réponse à ce sujet.

Mental Health Services and the Department of Family & Community Services (FCS) agreed upon two protocols just prior to the inquest – one to better assess the suicidal risk of children in the care of FCS and the other to improve the communication and exchange of information between both departments for all children in the care of FCS.

Les Services de santé mentale et le ministère des Services familiaux et communautaires ont convenu de deux protocoles juste avant l'enquête – le premier pour mieux évaluer les risques de suicide chez les enfants pris en charge par le ministère des Services familiaux et communautaires et l'autre pour améliorer la communication et l'échange de renseignements entre les deux ministères au sujet de tous les enfants pris en charge par le ministère des Services familiaux et communautaires.

Inquest No. 5 – James Brand

An inquest was held in Moncton from July 25 - 28, 2005 into the death of James Brand, a 36 year old male who died as a result of suicide on April 3, 2004, while in the custody of Corrections officials at the Moncton Detention Centre.

Mr. Brand had recently returned to New Brunswick and was arrested on an outstanding warrant in relation to an impaired driving charge from 2002. He was remanded until his court date in mid April. The investigation revealed that upon admission to the institution, Mr. Brand was nervous, expressed concerns for his safety and asked to be transferred to another area of the facility. Despite being moved, he continued to shown signs of agitation and refused to eat.

The investigation demonstrated that the cell where he was housed was in close proximity to the guard's office to facilitate close supervision and that staff were concerned about his anxiety level.

The incident happened shortly after 11:45 when staff delivered meals to the cells. When the officer returned to retrieve the meal tray, she discovered Mr. Brand and called for assistance. CPR was initiated at the scene but the investigation demonstrated difficulties with the resuscitation process and continued at the hospital but without success.

Cinquième enquête – James Brand

Une enquête publique a eu lieu du 25 au 28 juillet 2005 à Moncton (N.-B.) au sujet du cas de James Brand, qui s'est suicidé le 3 avril 2004 à l'âge de 36 ans alors qu'il était sous la garde d'agents des services correctionnels au Centre de détention de Moncton.

M. Brand, qui était récemment revenu au Nouveau-Brunswick, a été mis en état d'arrestation en exécution d'un mandat délivré relativement à une accusation de conduite avec facultés affaiblies déposée en 2002. Il a été mis sous garde jusqu'à la tenue de son audience judiciaire, qui devait avoir lieu à la mi-avril. L'enquête a démontré que M. Brand était nerveux lors de son admission à l'établissement correctionnel, qu'il craignait pour sa sécurité et qu'il a demandé à être transféré dans un autre secteur de l'établissement. Même après avoir été placé ailleurs, il a continué à être agité et a refusé de manger.

D'après l'enquête, il a été placé dans une cellule située près du bureau des agents des services correctionnels de façon à ce qu'il puisse être surveillé de près, étant donné que les membres du personnel étaient préoccupés par le fait qu'il avait l'air très angoissé.

L'incident s'est produit peu après 11 h 45, heure à laquelle les membres du personnel distribuaient les repas dans les cellules. Lorsque l'agente est retournée pour reprendre le cabaret, elle a découvert M. Brand et a appelé à l'aide. La RCR a été pratiquée sur place, mais l'enquête a montré que des problèmes sont survenus au cours de la tentative de réanimation. La procédure s'est poursuivie à l'hôpital, en vain.

Inquest No. 5 – James Brand continued

Recommendations of the Jury

Training

1. All correctional officers, both permanent and casual, must have theory and practical skill training in drill format related to CPR response and intervention. This training will be verified every six (6) months as a province-wide initiative. In addition to this, the employees, both permanent and casual, will be paid their normal rate of pay while in attendance. Casual correctional officers will not have their seniority status affected by taking these training courses.

Suicide Prevention and Intervention

2. In reference to recommendation #1, it shall also encompass training in suicide prevention and intervention. Unlike the bi-annual requirement of recommendation #1, training shall be given to all correctional officers on a yearly basis.

Training on Equipment

3. All permanent correctional officers shall receive immediate training on all new equipment in the institution as well as on their person immediately upon receiving said equipment. All casual correction officers will receive the same training on the aforementioned equipment during their orientation prior to their six month term.

Cinquième enquête – James Brand (suite)

Recommandations du jury

Formation

1. Tous les agents des services correctionnels permanents et occasionnels devraient recevoir une formation théorique et pratique sous forme d'exercice sur la façon de réagir et d'intervenir lorsqu'ils doivent pratiquer la RCR. Cette formation devrait être mise à jour tous les six mois dans le cadre d'une initiative d'envergure provinciale. Les employés permanents et occasionnels devraient toucher leur salaire normal pendant qu'ils y assistent. Le fait pour les agents des services correctionnels occasionnels de suivre ces cours de formation n'aurait aucune incidence sur leur ancienneté.

Prévention du suicide et intervention auprès des personnes suicidaires

2. La recommandation ci-dessus vise également la formation en prévention du suicide et en intervention auprès des personnes suicidaires. Contrairement à la recommandation du paragraphe 1, les agents des services correctionnels devraient toutefois être obligés de suivre ces cours de formation chaque année.

Formation concernant l'utilisation du matériel

3. Tous les agents des services correctionnels permanents devraient suivre une formation sur l'utilisation de tout le matériel nouveau qui se trouve dans l'établissement ou qu'ils portent sur eux avant de l'utiliser. Tous les agents des services correctionnels occasionnels devraient suivre la même formation sur l'utilisation du matériel dans le cadre de leur orientation avant leur mandat de six mois.

Inquest No. 5 – James Brand continued

Location of Equipment

4. All first-aid response equipment is to be located in designated key areas of the institution. The shift supervisor will verify and log that said equipment is present during each formal count of the institution (3 times/24 hours). The shift supervisor will also be responsible for informing all correctional officers, both permanent and casual, the location of the aforementioned equipment.

Health and Safety Equipment

5. Monthly meetings must be held once per calendar month.

   Staffing requirements:

   i) Nursing staff - a member should be at the institution on weekends for a minimum four (4) hour shift which would give flexibility to addressing needs of inmates and distribution of medicines.

   ii) Day shift - recommend an increase of staff by two (2) correctional officers, one per floor, to cover all three meals, staff breaks and medicine times.

Cinquième enquête – James Brand (suite)

Emplacement du matériel

4. Tout le matériel de premiers soins devrait être situé dans des endroits stratégiques désignés de l'établissement. Le chef d'équipe devrait vérifier et inscrire au registre que ledit matériel est disponible lors de chaque dénombrement en bonne et due forme des détenus de l'établissement (trois fois toutes les 24 heures). Le chef d'équipe devrait également signaler à tous les agents des services correctionnels permanents et occasionnels l'emplacement du matériel susmentionné.

Équipement de santé et sécurité

5. Une réunion devrait être tenue une fois par mois civil.

   Besoins en personnel :

   i) Personnel infirmier : Un membre devrait être présent à l'établissement pendant un quart d'une durée d'au moins quatre heures chaque fin de semaine, ce qui permettrait de répondre aux besoins des détenus et de leur distribuer des médicaments.

   ii) Équipe du jour : Il est recommandé d'ajouter deux agents des services correctionnels au personnel, soit un par étage, pour assurer une présence pendant les trois repas.

Inquest No. 5 – James Brand continued

iii) Night shift - recommend an increase of staff by two (2) correctional officers, one per floor, to cover staff stations, rounds and staff breaks.

Coverage of Staff Stations

6. As a preventative measure for health and safety reasons of inmates, no staffing station shall remain unattended for more than a 15 minute interval at any given time, particularly at meal and medicine time.

During Response Code

7. During a response code, one correctional officer shall be designated to assist the correctional officer who is already on duty at central control. Justification for this recommendation is due to the increased number of duties assigned to central control during an emergency response call in anticipation of the augmentation of response team activity.

Protocol on All Verbal Communications

8. All verbal communications involving heightened levels of observation must be documented and put into effect immediately. This needs to be documented by both the supervisor on duty and the correctional officer who reports the circumstances that warrants such action. This would also ensure pertinent information is part of the briefing for incoming shift.

Cinquième enquête – James Brand (suite)

iii) Équipe du soir : Il est recommandé d'ajouter deux agents des services correctionnels au personnel, soit un par étage, pour assurer une présence aux postes de garde ainsi que pendant les tournées et les pauses des employés.

Présence aux postes de garde

6. À titre de mesure préventive et pour assurer la santé et la sécurité des détenus, aucun poste de garde ne devrait être laissé sans surveillance pendant plus de 15 minutes, peu importe l'heure, mais en particulier pendant les repas et la distribution de médicaments.

Pendant une intervention

7. Pendant une intervention, un agent des services correctionnels devrait être désigné pour prêter assistance à l'agent des services correctionnels qui est déjà en devoir au poste de garde central. Cette recommandation est justifiée par le nombre accru de tâches qui sont dévolues au poste central pendant une intervention d'urgence, en prévision de l'augmentation des activités de l'équipe d'intervention.

Protocole sur les communications verbales

8. Toutes les communications verbales dans le contexte d'un niveau de vigilance accrue devraient être consignées et mises en œuvres immédiatement. Elles devraient être consignées par le chef d'équipe et par l'agent des services correctionnels qui signale les circonstances justifiant une telle mesure. De cette façon, les renseignements pertinents feraient aussi partie du briefing de l'équipe suivante.

Inquest No. 5 – James Brand continued

Separation of Remanded Offenders

9. All remands must be separated from sentenced offenders.

New Facility

10. In order to meet the requirements of recommendation #9, there needs to be a new minimum security facility in the Moncton area. This is justified by a constant overflow ratio of beds versus inmates and that separation of remands from sentenced offenders is virtually impossible. If a new facility is not feasible, then an alternate site be made available to meet current influx of inmates and growth.

Quality Assurance

11. Policies of auditing and maintaining policy guidelines are to be followed. Statistics on attempted suicides and successful suicides should be monitored on a yearly basis. Monthly "labour management" minutes should be posted for staff to review.

The recommendations were forwarded to the Department of Public Safety for their review and consideration.

Cinquième enquête – James Brand (suite)

Ségrégation des prévenus

9. Tous les prévenus devraient être placés sous garde à l'écart des contrevenants condamnés.

Nouvel établissement

10. Pour que la recommandation 9 puisse être mise en œuvre, il faudrait un nouvel établissement à sécurité minimale dans la région de Moncton. Celui-ci est justifié par la surpopulation constante de l'établissement et par le fait qu'il est pratiquement impossible de séparer les prévenus des détenus. S'il est irréaliste d'envisager un nouvel établissement, il faudrait trouver un lieu de rechange pour héberger la population actuelle des détenus et faire face à sa croissance.

Contrôle de la qualité

11. Les directives sur la vérification et sur l'orientation devraient être mises en pratique. Les statistiques sur les suicides et les tentatives de suicide devraient être passées en revue annuellement. Le procès-verbal des rencontres patronales-syndicales mensuelles devrait être affiché pour permettre aux membres du personnel d'en prendre connaissance.

Les recommandations ont été transmises au ministère de la Sécurité publique à des fins d'examen et de réflexion.

Inquest No. 5 – James Brand continued

Recommendation #1

Training

All correctional officers, both permanent and casual, must have theory and practical skill training in drill format related to CPR response and intervention. This training will be verified every six (6) months as a province-wide initiative. In addition to this, the employees, both permanent and casual, will be paid their normal rate of pay while in attendance. Casual correctional officers will not have their seniority status affected by taking these training courses.

The Department of Public Safety has developed training modules to meet this need and along with the requirement to re-demonstrate the skill every 6 months. The Department supports the notion that all staff, including casual employees, be paid while attending this vital training.

Recommendation #2

Suicide Prevention and Intervention

In reference to recommendation #1, it shall also encompass training in suicide prevention and intervention. Unlike the bi-annual requirement of recommendation #1, training shall be given to all correctional officers on a yearly basis.

The Department of Public Safety supports the provision of training and refresher training in the area of suicide prevention and intervention.

Cinquième enquête – James Brand (suite)

Recommandation n° 1

Formation

Tous les agents des services correctionnels permanents et occasionnels devraient recevoir une formation théorique et pratique sous forme d'exercice sur la façon de réagir et d'intervenir lorsqu'ils doivent pratiquer la RCR. Cette formation devrait être mise à jour tous les six mois dans le cadre d'une initiative d'envergure provinciale. Les employés permanents et occasionnels devraient toucher leur salaire normal pendant qu'ils y assistent. Le fait pour les agents des services correctionnels occasionnels de suivre ces cours de formation n'aurait aucune incidence sur leur ancienneté.

Le ministère de la Sécurité publique a élaboré des modules de formation pour répondre à ce besoin. De plus, il est maintenant nécessaire de démontrer ces compétences tous les six mois. Le ministère de la Sécurité publique appuie l'idée que tous les membres du personnel, y compris les employés occasionnels, doivent être rémunérés lorsqu'ils prennent part à cette formation essentielle.

Recommandation n° 2

Prévention du suicide et intervention auprès des personnes suicidaires

La recommandation ci-dessus vise également la formation en prévention du suicide et en intervention auprès des personnes suicidaires. Contrairement à la recommandation du paragraphe 1, les agents des services correctionnels devraient toutefois être obligés de suivre ces cours de formation chaque année.

Le ministère de la Sécurité publique appuie la prestation de formation et de séances de perfectionnement sur la prévention du suicide et l'intervention auprès des personnes suicidaires.

Inquest No. 5 – James Brand continued

Recommendation #3

Training on Equipment

All permanent correctional officers shall receive immediate training on all new equipment in the institution as well as on their person immediately upon receiving said equipment. All casual correction officers will receive the same training on the aforementioned equipment during their orientation prior to their six month term.

The Department of Public Safety has taken steps to ensure that staff are educated and trained in the use of emergency response equipment. Refresher training will be provided on a regular basis.

Recommendation #4

Location of Equipment

All first-aid response equipment is to be located in designated key areas of the institution. The shift supervisor will verify and log that said equipment is present during each formal count of the institution (3 times/24 hours). The shift supervisor will also be responsible for informing all correctional officers, both permanent and casual, the location of the aforementioned equipment.

The Department of Public Safety agrees with this recommendation and is developing procedural modifications to support this action.

Cinquième enquête – James Brand (suite)

Recommandation n° 3

Formation concernant l'utilisation du matériel

Tous les agents des services correctionnels permanents devraient suivre une formation sur l'utilisation de tout le matériel nouveau qui se trouve dans l'établissement ou qu'ils portent sur eux avant de l'utiliser. Tous les agents des services correctionnels occasionnels devraient suivre la même formation sur l'utilisation du matériel dans le cadre de leur orientation avant leur mandat de six mois.

Le ministère de la Sécurité publique a pris des mesures pour s'assurer que les membres du personnel ont reçu une formation sur l'équipement d'intervention d'urgence et en comprennent l'utilisation. Des séances de perfectionnement seront offertes régulièrement.

Recommandation n° 4

Emplacement du matériel

Tout le matériel de premiers soins devrait être situé dans des endroits stratégiques désignés de l'établissement. Le chef d'équipe devrait vérifier et inscrire au registre que ledit matériel est disponible lors de chaque dénombrement en bonne et due forme des détenus de l'établissement (trois fois toutes les 24 heures). Le chef d'équipe devrait également signaler à tous les agents des services correctionnels permanents et occasionnels l'emplacement du matériel susmentionné.

Le ministère de la Sécurité publique est d'accord avec cette recommandation et élabore présentement des modifications aux procédures afin d'appuyer cette mesure.

Inquest No. 5 – James Brand continued

Recommendation #5

Health and Safety Equipment

Monthly meetings must be held once per calendar month.

Staffing requirements:

i) **Nursing staff - a member should be at the institution on weekends for a minimum four (4) hour shift which would give flexibility to addressing needs of inmates and distribution of medicines.**

ii) **Day shift - recommend an increase of staff by two (2) correctional officers, one per floor, to cover all three meals, staff breaks and medicine times.**

iii) **Night shift - recommend an increase of staff by two (2) correctional officers, one per floor, to cover staff stations, rounds and staff breaks.**

The Department of Public Safety supports and will comply with the Occupational Health and Safety Act. Optimum utilization of institutional nursing services will be examined in light of this recommendation.

Cinquième enquête – James Brand (suite)

Recommandation n° 5

Équipement de santé et sécurité

Une réunion devrait être tenue une fois par mois civil.

Besoins en personnel :

i) **Personnel infirmier : Un membre devrait être présent à l'établissement pendant un quart d'une durée d'au moins quatre heures chaque fin de semaine, ce qui permettrait de répondre aux besoins des détenus et de leur distribuer des médicaments.**

ii) **Équipe du jour : Il est recommandé d'ajouter deux agents des services correctionnels au personnel, soit un par étage, pour assurer une présence pendant les trois repas**

iii) **Équipe du soir : Il est recommandé d'ajouter deux agents des services correctionnels au personnel, soit un par étage, pour assurer une présence aux postes de garde ainsi que pendant les tournées et les pauses des employés.**

Le ministère de la Sécurité publique adhère aux exigences de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* et répondra à celles-ci. Compte tenu de cette recommandation, il déterminera la meilleure façon d'utiliser efficacement les services de soins infirmiers dans les établissements correctionnels.

Inquest No. 5 – James Brand continued

Recommendation #6

Coverage of Staff Stations

As a preventative measure for health and safety reasons of inmates, no staffing station shall remain unattended for more than a 15 minute interval at any given time, particularly at meal and medicine time.

The Department of Public Safety has reviewed its institutional procedures and routines to ensure adherence to this recommendation.

Recommendation #7

During Response Code

During a response code, one correctional officer shall be designated to assist the correctional officer who is already on duty at central control. Justification for this recommendation is due to the increased number of duties assigned to central control during an emergency response call in anticipation of the augmentation of response team activity.

The Department of Public Safety emergency contingency responses will ensure that appropriate resources are in place when an emergency code has been declared.

Cinquième enquête – James Brand (suite)

Recommandation n° 6

Présence aux postes de garde

À titre de mesure préventive et pour assurer la santé et la sécurité des détenus, aucun poste de garde ne devrait être laissé sans surveillance pendant plus de 15 minutes, peu importe l'heure, mais en particulier pendant les repas et la distribution de médicaments.

Le ministère de la Sécurité publique a passé en revue les directives et les pratiques courantes des établissements correctionnels pour s'assurer qu'elles sont conformes à cette recommandation.

Recommandation n° 7

Pendant une intervention

Pendant une intervention, un agent des services correctionnels devrait être désigné pour prêter assistance à l'agent des services correctionnels qui est déjà en devoir au poste de garde central. Cette recommandation est justifiée par le nombre accru de tâches qui sont dévolues au poste central pendant une intervention d'urgence, en prévision de l'augmentation des activités de l'équipe d'intervention.

L'équipe d'intervention d'urgence du ministère de la Sécurité publique s'assurera que les ressources adéquates sont en place lorsqu'une alarme est déclenchée.

Inquest No. 5 – James Brand continued

Recommendation #8

Protocol on All Verbal Communications

All verbal communications involving heightened levels of observation must be documented and put into effect immediately. This needs to be documented by both the supervisor on duty and the correctional officer who reports the circumstances that warrants such action. This would also ensure pertinent information is part of the briefing for incoming shift.

The Department of Public Safety's current policies and procedures support this recommendation. Refresher training will be provided on a regular basis.

Recommendation #9

Separation of Remanded Offenders

All remands must be separated from sentenced offenders.

The Department of Public Safety agrees with this recommendation and seeks to adhere to it as fully as possible in correctional institutions.

Recommendation #10

New Facility

In order to meet the requirements of recommendation #9, there needs to be a new minimum security facility in the Moncton area. This is justified by a constant overflow ratio of beds versus inmates and that separation of remands from sentenced offenders is virtually impossible. If a new facility is not feasible, then

Cinquième enquête – James Brand (suite)

Recommandation n° 8

Protocole sur les communications verbales

Toutes les communications verbales dans le contexte d'un niveau de vigilance accrue devraient être consignées et mises en œuvres immédiatement. Elles devraient être consignées par le chef d'équipe et par l'agent des services correctionnels qui signale les circonstances justifiant une telle mesure. De cette façon, les renseignements pertinents feraient aussi partie du briefing de l'équipe suivante.

Les directives et les modalités actuellement en vigueur au ministère de la Sécurité publique appuient cette recommandation. Des séances de perfectionnement seront offertes régulièrement.

Recommandation n° 9

Ségrégation des prévenus

Tous les prévenus devraient être placés sous garde à l'écart des contrevenants condamnés.

Le ministère de la Sécurité publique est d'accord avec cette recommandation et est déterminé à la respecter autant que possible dans les établissements correctionnels.

Recommandation n° 10

Nouvel établissement

Pour que la recommandation 9 puisse être mise en œuvre, il faudrait un nouvel établissement à sécurité minimale dans la région de Moncton. Celui-ci est justifié par la surpopulation constante de l'établissement et par le fait qu'il est pratiquement impossible de séparer les prévenus des détenus. S'il est irréaliste

Inquest No. 5 – James Brand continued

an alternate site be made available to meet current influx of inmates and growth.

The Department of Public Safety has taken measures to alert government as to capacity issues in the adult jail system. Clarification: The current Moncton Detention Centre is classified as maximum security as would any replacement facility. Also, in the interest of public safety, within correctional systems remanded inmates are typically treated as maximum security cases.

Recommendation #11

Quality Assurance

Policies of auditing and maintaining policy guidelines are to be followed. Statistics on attempted suicides and successful suicides should be monitored on a yearly basis. Monthly "labour management" minutes should be posted for staff to review.

The Department of Public Safety agrees that an operational auditing policy needs to be developed. Action is underway to accomplish this in-year. As well, the Department has the ability to review and analyze statistical information related to suicidal behaviour on a regular basis.

Cinquième enquête – James Brand (suite)

d'envisager un nouvel établissement, il faudrait trouver un lieu de rechange pour héberger la population actuelle des détenus et faire face à sa croissance.

Le ministère de la Sécurité publique a pris des mesures pour porter le problème de surpopulation dans les établissements correctionnels pour adultes à l'attention du gouvernement. Précision : Le Centre de détention de Moncton est présentement un établissement à sécurité maximale, tout comme le sera l'établissement qui sera construit pour le remplacer. De plus, dans l'intérêt de la sécurité publique, les prévenus sont habituellement traités comme des détenus à sécurité maximale au sein du système correctionnel.

Recommandation n° 11

Contrôle de la qualité

Les directives sur la vérification et sur l'orientation devraient être mises en pratique. Les statistiques sur les suicides et les tentatives de suicide devraient être passées en revue annuellement. Le procès-verbal des rencontres patronales-syndicales mensuelles devrait être affiché pour permettre aux membres du personnel d'en prendre connaissance.

Le ministère de la Sécurité publique convient qu'il faut mettre sur pied des directives sur la vérification opérationnelle. Des mesures ont été prises pour qu'elles soient élaborées pendant l'année en cours. De plus, le ministère de la Sécurité publique est en mesure d'examiner et d'analyser régulièrement des données statistiques sur les comportements suicidaires.

Other Cases of Interest

The following cases were investigated and concluded with a decision that no public inquest would be held. However, recommendations for change were identified in each instance.

Case #1

On August 29, 2005, an infant occupant of a minivan died when the driver hydroplaned off the road on Highway #8, near the Killarney Road, struck a pole and flipped into the Nashwaak River. The accident occurred when the van was travelling southbound on Highway #8.

The weather conditions were poor and heavy rain had left standing water in the ruts of the roadway. The roadway is a short straight stretch of two-lanes and although bordered by water on the right hand side, there is no guardrail. The vehicle struck a hydro pole which broke off, went over a small embankment and landed on its roof in a small pond, where it remained nearly submerged until rescuers arrived.

The coroner has recommended:

1. that guardrails be installed on roadways bordered by open water;

2. that public education focus on the need to reduce speed on roadways where risk of hydroplaning is high, depending on inclement weather.

Autres cas dignes d'intéret

Les cas suivants ont fait l'objet d'une évaluation après laquelle on a conclu qu'une enquête du coroner n'était pas nécassaire. Des recommendations ont toutefois été formulées pour chacun de ces cas.

Cas n° 1

Le 29 août 2005, un bébé est décédé lorsque la fourgonnette dans laquelle il se trouvait a fait de l'aquaplanage. Le véhicule, qui circulait en direction sud, a quitté la route 8 près du chemin Killarney, pour ensuite frapper un poteau de service électrique et se renverser dans la rivière Nashwaak.

Le temps était mauvais et la pluie abondante avait causé une accumulation d'eau dans les ornières. L'accident s'est produit dans une courte section droite de la route à deux voies. Bien que la route longe l'eau du côté droit à cet endroit, il n'y a pas de garde-fou. Le véhicule a heurté un poteau de service électrique et l'a sectionné, pour ensuite débouler une petite pente et se retrouver sur le toit dans un petit étang, où il est demeuré presque entièrement immergé jusqu'à l'arrivée des sauveteurs.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Que des garde-fou soient installés le long des sections de route qui longent l'eau.

2. Qu'il faut sensibiliser les conducteurs à la nécessité de réduire leur vitesse sur les routes lorsqu'il y a des risques d'aquaplanage en raison du mauvais temps.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Public Safety advised that the circumstances of the death would be brought to the attention of the Registrar of Motor Vehicles. The Minister advised that safe driving is promoted through partnerships with other departments and agencies, events throughout the year and in the driver's handbook. Speed and the need to adjust for road conditions is an area of particular focus.

A response from the Minister of Transportation was not available at the time of publication.

Case # 2

An elderly gentleman was crossing Highway #134 at a marked crosswalk near his home. He was struck by a southbound vehicle and died a short while later as a result of his injuries. The driver of the vehicle, who was travelling within the speed limit, had been blinded by a combination of morning sun and glare from wet pavement and did not see the pedestrian. This crosswalk was previously identified by community members as unsafe.

The Coroner recommended that advance warning signs of this dangerous crossing area be erected both north and south of the crosswalk

The Minister of Transportation advised that officials from his Department completed an evaluation, met with officials from the Village of Rexton and conducted a site visit to collect pertinent information regarding the crosswalk. As a result, the Department has recommended that the Village

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre de la Sécurité publique a indiqué que les circonstances du décès seraient portées à l'attention du registraire des véhicules à moteur. Le ministre rapporte que son ministère fait la promotion de la conduite sécuritaire en collaboration avec d'autres ministères et organismes, notamment dans son guide du conducteur et dans le cadre d'activités organisées tout au long de l'année. Le Ministère accorde une attention particulière aux questions comme la vitesse et la nécessité d'adapter sa conduite en fonction de l'état des routes.

Nous attendions toujours une réponse du ministre des Transports au moment de la publication du rapport.

Cas n° 2

Un homme âgé traversait la route 134 à un passage pour piétons près de son domicile. Il a été happé par un véhicule circulant en direction sud et est décédé peu après des suites de ses blessures. Le conducteur du véhicule, qui roulait en deçà de la vitesse permise, était aveuglé par le soleil matinal et le reflet de la chaussée mouillée, l'empêchant ainsi de voir le piéton. Les membres de la collectivité s'étaient déjà plaints que ce passage pour piétons était dangereux.

Le coroner a recommandé de placer des panneaux d'avertissement au nord et au sud de ce passage pour piétons dangereux.

Le ministre des Transports a déclaré que des fonctionnaires de son ministère ont fait une évaluation, rencontré des représentants du Village de Rexton et effectué une visite sur place afin de recueillir les renseignements nécessaires au sujet du passage pour piétons. À la suite de cet examen, le

Other Cases of Interest continued

install, for southbound traffic, (1) an Advance Pedestrian Crossing sign and (2) a Pedestrian Crossing sign at the crosswalk on the left side of Route 134. An Advance Pedestrian Crossing sign exists for northbound traffic and other appropriate Pedestrian Crossing signs exist at the crosswalk.

The Minister clarified that responsibility for the installation and maintenance of pedestrian related signing, inside a municipality, rests with the municipality.

Case #3

A 32 year-old female, resident of an adult residential care facility, had a history of behavioural and mental health issues, including previous suicide attempts. During the evening of December 3, 2004 she consumed a large quantity of liquid chloral hydrate which had been prescribed for a fellow resident and stored in a refrigerator where residents had unsupervised access. Staff and fellow residents confirmed that she was not suicidal at the time. A resident who witnessed her actions reported that she took the medication to obtain a "buzz". She subsequently died and the investigation confirmed the death was caused by an overdose of choral hydrate.

The coroner confirmed that appropriate changes were made to ensure medications are not stored in the refrigerator but rather stored in a locked cabinet.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

ministère a recommandé aux représentants du Village de faire installer, pour les automobilistes roulant vers le sud, 1) un panneau avancé de passage pour piétons et 2) un panneau de passage pour piétons du côté gauche de la route 134, à la hauteur du passage pour piétons. Il y a déjà un panneau avancé de passage pour piétons à l'intention des automobilistes qui circulent en direction nord, ainsi que d'autres panneaux appropriés.

Le ministre a précisé que l'installation et l'entretien de panneaux concernant la circulation piétonnière sur le territoire de la municipalité incombe à la municipalité en question.

Cas n° 3

Une femme de 32 ans qui résidait dans un établissement de soins pour adultes avait des antécédents de maladie mentale et de troubles de comportement, dont des tentatives de suicide. Le soir du 3 décembre 2004, elle a consommé une grande quantité de chloral hydraté liquide, un médicament prescrit à un autre résident. Tous les résidents avaient accès, sans surveillance, au réfrigérateur où était conservé ce médicament. Les membres du personnel et les autres résidents ont déclaré qu'elle n'avait pas de tendances suicidaires au moment de l'incident. Un résident qui a été témoin de l'incident a indiqué qu'elle avait pris les médicaments pour obtenir une sensation forte. Elle est décédée par la suite. L'investigation du coroner a permis de déterminer que le décès avait été causé par une surdose de chloral hydraté.

Le coroner a confirmé que les modifications nécessaires ont été apportées pour faire en sorte que les médicaments ne sont pas conservés dans un réfrigérateur, mais plutôt dans un placard verrouillé.

Other Cases of Interest continued

This case was highlighted for review by the Minister of Family & Community Services to highlight the risks associated with supervising adult residential centres. The coroner asked that they need to maintain secure medication storage in accordance with provincial standards and Providers for Adult Residential Facilities be emphasized with all owners and operators.

The Minister advised that a number of measures have been initiated to ensure that operators of adult residential facilities provide a safe and secure system for the storage, control and administration of medication. Department standards for Adult Residential Facilities have recently been updated. Operators must follow the recommendations of the physicians, pharmacists or nurses. Operators of these facilities are also provided with the guidelines for administration of medications by non-nurses prepared by the Nurses Association of New Brunswick. All Adult Residential Facilities operators are aware that medication that is no longer needed must be brought to the pharmacy for safe disposal. We will ask regional staff responsible for the monitoring and licensing of these facilities to reinforce with operators the significance of maintaining a secure medication storage system for all medications.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

On a demandé au ministre des Services familiaux et communautaires d'examiner ce dossier afin de mettre en évidence les risques associés à la surveillance des adultes dans les établissements résidentiels. Le coroner a recommandé que les médicaments soient conservés de façon sécuritaire, conformément aux normes provinciales, et que l'importance de respecter les *Normes et procédures des établissements résidentiels pour adultes* soit soulignée à tous les propriétaires et exploitants.

Le ministre indique qu'un certain nombre de mesures ont été prises pour que les exploitants d'établissements résidentiels pour adultes maintiennent un système sécuritaire pour l'entreposage, le contrôle et l'administration des médicaments. Le Ministère a récemment mis à jour les *Normes et procédures des établissements résidentiels pour adultes.* Les exploitants doivent respecter les recommandations des médecins, des pharmaciens et du personnel infirmier. L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick fournit également aux exploitants de ces établissements des lignes directrices sur l'administration de médicaments par des personnes autres que le personnel infirmier. Tous les exploitants d'établissements résidentiels ont été avisés que les médicaments dont on n'a plus besoin doivent être retournés à une pharmacie afin qu'on puisse en disposer de façon sécuritaire. Le Ministère demandera aux membres du personnel des bureaux régionaux qui sont chargés de surveiller ces établissements et de leur délivrer leurs permis de rappeler aux exploitants l'importance de maintenir un système d'entreposage sécuritaire pour toutes les formes de médicaments.

Other Cases of Interest continued

Case # 4

This 28 year old male died in March 2004 after ingesting large amounts of several prescription medications which were not prescribed to him. The cause of death was attributed to a fatal drug reaction and the death was classified as accidental.

He had moved to the province nine months prior and had one admission in the Health Region for a medical procedure on his knee. In the week prior to his death, he had been transported by EMTs to a local Health Centre for treatment after having conflict with his wife and following an incident of self-inflicted injuries. While at the Health Centre, police were called to maintain order and he had to be subdued by the RCMP while in their custody, awaiting medical assessment. He was transported in the custody of the Sheriff to the local Regional Hospital and admitted under the provisions of the Mental Health Act.

He provided a profile to the ER nurse and he was admitted and remained in hospital overnight. He was also assessed by the psychiatrist, who also interviewed his wife. Initially, his wife advised medical staff that he should not be released to her care as she believed he was violent and she intended to seek a restraining order. Her concern was documented in the medical record. When the psychiatrist obtained his medical history, the deceased advised that he and his wife were experiencing marital difficulties. He explained his self inflicted injuries as a way to get his wife's attention and to express his concern about her own addiction problems. Despite her earlier concerns, the wife visited her husband and met with the psychiatrist. After meeting with each of them, the psychiatrist established a diagnosis of adjustment

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 4

Un homme de 28 ans est décédé en mars 2004 après avoir ingurgité en grande quantité divers médicaments d'ordonnance qui ne lui étaient pas destinés. Une réaction mortelle aux médicaments a entraîné sa mort, qui a été jugée accidentelle.

L'homme avait déménagé au Nouveau-Brunswick neuf mois avant son décès. Il avait été admis une fois dans un établissement de la régie régionale de la santé pour une chirurgie au genou. La semaine précédant son décès, il avait été conduit par des techniciens ambulanciers à un centre de santé local pour y subir des traitements après s'être disputé avec son épouse et s'être lui-même infligé des blessures. Pendant qu'il était au centre de santé, on a dû faire appel au service de police pour maintenir l'ordre. Le personnel de la GRC a dû le maitriser pendant qu'il était sous sa garde, en attente d'une évaluation médicale. Il a été amené, sous la garde du shérif, à l'hôpital régional et admis en vertu des dispositions de la *Loi sur la santé mentale*.

Il a fourni ses renseignements au personnel infirmier de la salle d'urgence pour ensuite être admis à l'hôpital, où il est demeuré toute la nuit. Son état a été évalué par un psychiatre, qui a également interrogé son épouse. Au départ, son épouse a informé le personnel médical qu'il ne devait pas être placé sous sa responsabilité puisqu'il était violent et qu'elle avait l'intention d'obtenir une injonction restrictive à son égard. Le rapport médical fait état des préoccupations de l'épouse. En s'informant sur ses antécédents médicaux, le psychiatre a appris du patient que lui et son épouse éprouvaient des difficultés conjugales. Il a indiqué qu'il s'était lui-même infligé ces blessures parce qu'il tentait d'attirer l'attention de son épouse et qu'il était inquiet des problèmes de dépendance de cette dernière. Malgré ses préoccupations, l'épouse

Other Cases of Interest continued

disorder and recommended that the couple seek counselling through Community Mental Health. He discharged the patient into his wife's care.

The following day, the wife who is a physician, provided her husband with several prescription medications which were not prescribed by his family physician. The cause of death reflects a fatal drug reaction as a result of ingesting these medications. The police conducted an investigation and concluded that there was not sufficient evidence to proceed with criminal charges.

The facts surrounding the death were taken into account by the College of Physicians and Surgeons in relation to the wife's license to practice medicine.

The facts of the case demonstrate an individual who has acknowledged relapsing into his addictive behaviours. He has harmed himself, which resulted in an admission for psychiatric assessment under section 10 of the Mental Health Act. He was also in a volatile domestic situation with few other social supports.

A review of mental health and addictions treatment is warranted in this case to ensure effective integration and continuous access to treatment, regardless of whether in hospital or in the community.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

a visité son mari et a rencontré le psychiatre. Après les avoir rencontré tous les deux, le psychiatre a diagnostiqué des troubles d'adaptation et a recommandé au couple des services de counseling auprès d'un centre de santé mentale communautaire. Il a donné congé au patient et l'a placé sous la responsabilité de son épouse.

Le lendemain, l'épouse, qui est médecin, a fourni à son mari une série de médicaments qui n'avaient pas été prescrits par le médecin de famille de ce dernier. Son décès a été causé par une réaction mortelle aux médicaments qu'il avait ingurgités. À la suite d'une enquête policière, il a été déterminé qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves pour porter des accusations criminelles.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a examiné les faits entourant le décès pour déterminer si l'épouse devait conserver sa licence lui permettant d'exercer la médecine.

Le dossier illustre le fait que l'individu avait reconnu avoir des problèmes de dépendance et avoir fait une rechute. Il s'était volontairement blessé, ce qui avait mené à son admission pour une évaluation psychiatrique en vertu de l'article 10 de la *Loi sur la santé mentale*. Il se trouvait également dans un contexte conjugal explosif et bénéficiait de peu de formes de soutien social.

Dans un tel cas, il est nécessaire de passer en revue les modes de traitement en matière de santé mentale et de dépendance pour s'assurer que le patient ait continuellement accès à une forme de traitement intégré, peu importe s'il se trouve à l'hôpital ou dans la collectivité.

Other Cases of Interest continued

The Coroner recommended that a review of the linkages between the in-hospital psychiatrist and Community Mental Health be done. Specifically that the patient should only be released once the psychiatrist has ensured immediate follow up can occur within the Community.

The case circumstances and recommendation were provided to the Minister of Health & Wellness.

The Minister of Health has asked Mental Health Services management of the Atlantic Health Sciences Corporation to review the circumstances of this case with the goal of improved support for people in need of mental health services. The review will address the referral process to community mental health services and consider whether or not contact between in-hospital psychiatrist and community mental health staff should be established prior to the release of patients in these circumstances. Regional Mental Health Services have reviewed the role of the patient in accessing assistance as well as their procedures to ensure continuity of care between the hospital and community services.

Case #5

A 23 year old male died from injuries sustained following an accident on his ATV while traveling to work on a gravel road. The deceased was traveling on a road on crown land which ran parallel to a designated trail frequently used by ATV drivers. The road led to a gravel pit on private land where access was limited by the installation of a metal gate, painted to ensure adequate visibility. The gate

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le coroner a recommandé d'examiner les rapports qu'entretiennent les psychiatres des hôpitaux avec les centres de santé mentale communautaires, particulièrement afin de souligner le fait qu'il faut accorder un congé à un patient uniquement après que le psychiatre ait prévu des services de suivi immédiats dans la communauté.

Nous avons communiqué les détails du dossier et les recommandations au ministre de la Santé et du Mieux-être.

Le ministre de la Santé a demandé aux responsables des services de santé mentale de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique de passer ce dossier en revue en vue d'améliorer le soutien offert aux personnes ayant besoin de soins en matière de santé mentale. L'examen en question aura pour objet le processus d'aiguillage vers les services de santé mentale communautaires ainsi que l'évaluation de la nécessité d'une prise de contact entre le psychiatre de l'hôpital et le personnel du centre de santé mentale communautaire avant qu'un patient reçoive son congé de l'hôpital dans des circonstances semblables. Le bureau régional des Services de santé mentale a passé en revue le rôle du patient dans sa recherche d'aide ainsi que le processus employé pour assurer la continuité des soins entre l'hôpital et les services communautaires.

Cas n° 5

Un homme de 23 ans est décédé des suites de blessures subies dans un accident de VTT pendant qu'il se rendait à son travail sur un chemin en gravier de la Couronne longeant un sentier désigné utilisé fréquemment par les utilisateurs de VTT. Le chemin menait à une carrière de gravier privée, dont l'accès était restreint par une barrière en métal qui était peinturée pour en assurer la visibilité. La

Other Cases of Interest continued

was typically left open but on this occasion was closed. The driver's view of the entrance to the road and the gate was obscured by a bend in the road and a growth of brush along the road. This was not a witnessed accident but it appears that the driver lost control while trying to avoid the gate, may have hit the gatepost, whereupon the bike overturned and crushed the driver. The driver was wearing a helmet and alcohol and drugs were not a factor in the accident.

A 20 year old male died from injuries sustained following an accident on his ATV when he tried to maneuver a 90 degree turn on a dirt trail. The trail was not an official designated trail but appeared to be one that ATV drivers use on occasion. The deceased was a new driver and had recently purchased the ATV. The ATV was inspected and in good working order. The deceased wore a helmet and drugs and alcohol were not a factor in the accident.

The coroner made a number of recommendations:

1. Gates or barriers restricting access to public and/or private property should be painted and maintained in such a way as to make them highly visible to motorists;

2. Gates or barriers restricting access to public and/or private property should be kept free of trees and/or debris that would limit or impair their visibility.

3. All Terrain vehicle operators of all ages should be required, by law, to take a driver training course in safe operations of ATV's;

Autres cas dignes d'intéret (suite)

barrière, habituellement ouverte, était fermée au moment de l'accident. Le conducteur ne pouvait pas apercevoir l'entrée et la barrière en raison d'une courbe et des broussailles. Personne n'a été témoin de l'accident, mais il semblerait que le conducteur ait perdu le contrôle de son véhicule en tentant d'éviter la barrière pour ensuite percuter le poteau de la barrière. Le VTT se serait alors renversé, écrasant ainsi le conducteur. Ce dernier portait un casque protecteur. L'alcool et la drogue n'étaient pas en cause.

Un homme âgé de 20 ans est décédé des suites de blessures subies dans un accident de VTT pendant qu'il tentait d'effectuer un virage à 90 degrés sur un sentier de terre battue. Ce sentier n'est pas désigné, mais les utilisateurs de VTT semblent l'emprunter à l'occasion. Il était un nouveau conducteur et le VTT était un achat récent. D'après l'inspection, le véhicule était en bon état. Il portait un casque protecteur. L'alcool et la drogue n'étaient pas en cause.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Que les barrières et les clôtures visant à restreindre l'accès aux terres publiques et aux terrains privés soit peinturées et entretenues de façon à ce qu'elles soient bien visibles aux usagers de la route;

2. Que tout arbre ou débris pouvant nuire à la visibilité des barrières et des clôtures visant à restreindre l'accès aux terres publiques et aux terrains privés soit éliminé;

3. Que tous les utilisateurs de VTT, peu importe leur âge, soient tenus légalement de suivre une formation sur la conduite sécuritaire en VTT;

Other Cases of Interest continued

4. Training should be standardized throughout the province and made readily accessible to all ATV users;

5. A method of testing and licensing of ATV users, as is currently required with automobiles and motorcycles, should be pursued.

The recommendations were forwarded to the Departments of Natural Resources, Tourism & Parks and Public Safety.

The Department of Natural Resources is the main liaison with the N. B. All-Terrain Vehicle Federation and is responsible for administration of the trails agreement with this organization. The Minister advised that he would provide information on these cases to the N.B. Trails Council who maintain the trails and are responsible to ensure gates and barriers are highly visible to motorized users and kept free of debris. The Minister also recommended the information be made available to the N. B. Safety Council.

The Minister of Public Safety advised of recent developments on the issue of safe use of off-road vehicles. The Department of Public Safety is leading a comprehensive review related to the safe use of off-road vehicles, including public awareness initiatives, training, enforcement and legislative options to promote safe and responsible ATV and snowmobile use. New public awareness materials include messages reminding off-road vehicle operators not to drink and drive, and outlining the penalties for violations. In addition, accidents

Autres cas dignes d'intéret (suite)

4. Que la formation soit uniformisée dans l'ensemble de la province et soit facilement accessible pour tous les utilisateurs de VTT;

5. Que des mesures soient prises pour établir un système d'évaluation et de permis pour les utilisateurs de VTT, semblable à celui présentement en vigueur pour les automobilistes et les motocyclistes.

Les recommandations ont été acheminées au ministère des Ressources naturelles, au ministère du Tourisme et des Parcs, et au ministère de la Sécurité publique.

Le ministère des Ressources naturelles assure l'essentiel de la liaison avec la Fédération des véhicules tout-terrain du Nouveau-Brunswick et se charge de l'administration de l'entente sur les sentiers conclue avec cet organisme. Le ministre rapporte qu'il fournira des renseignements sur ces dossiers à Sentiers Nouveau-Brunswick inc., qui se charge de l'entretien des sentiers, s'assurant entre autres que les barrières et les clôtures soient visibles pour les usagers et bien dégagées. Le ministre recommande également que l'information soit communiquée au Conseil de sécurité du Nouveau-Brunswick.

Le ministre de la Sécurité publique a fait part des récentes activités menées dans le dossier de la conduite sécuritaire des véhicules hors route. Son ministère a entrepris une étude complète qui, en plus de l'utilisation sécuritaire des véhicules hors route, aborde les sujets suivants : les initiatives de sensibilisation du public, la formation, l'application des lois et les mesures législatives servant à promouvoir une utilisation sécuritaire et responsable des VTT et des motoneiges. Parmi les nouvelles ressources visant à sensibiliser le public,

Other Cases of Interest continued

involving barriers are the subject of discussion with the Technical Committee for Motorized Trails and the Off Road Vehicle Safety Committee.

The Minister of Tourism and Parks advised that his Department is supportive of the actions and additional steps to encourage safety on the trails as outlined by the NB Federation of Snowmobile Clubs (NBFSC). The Minister advised that Departmental officials will meet with the NBFSC and other trail partners to discuss ways to further promote and ensure safety on the trails.

Case #6

An 18 day-old infant was taken to the Emergency department of the local regional hospital on the evening of April 4, 2005 with fever, decreased appetite and unusual eye movements. He was diagnosed as having an upper respiratory infection and sent home with instructions to be given acetaminophen and pedialyte. The mother attempted to feed him at intervals throughout the night, with limited success. He was discovered unresponsive the next morning and subsequently died. The cause of death established at autopsy was meningitis resulting from Group B Streptocccal infection. The mother had been screened at 37 weeks prenatally and found to be negative for the infection at that time.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

on compte les rappels aux conducteurs de véhicules hors route au sujet des dangers de la conduite en état d'ébriété et des conséquences encourues par les personnes qui n'observent pas la loi à ce sujet. De plus, le Comité technique des sentiers motorisés et le Comité sur la sécurité relative aux VTT discutent actuellement des accidents impliquant des barrières se trouvant sur les sentiers.

Le ministre du Tourisme et des Parcs a affirmé que son ministère appuyait les démarches et les mesures additionnelles décrites par la Fédération des clubs de motoneige du Nouveau-Brunswick (FCMNB) en vue de promouvoir la conduite sécuritaire dans les sentiers. Le ministre a déclaré que des fonctionnaires de son ministère rencontreront des représentants de la FCMNB et d'autres partenaires pour discuter des moyens à prendre pour promouvoir et assurer la sécurité des sentiers.

Cas n° 6

Un bébé de 18 jours a été amené au service d'urgence de l'hôpital régional le 4 avril 2005 en soirée. L'enfant était fiévreux, avait moins d'appétit et ses mouvement oculaires étaient inhabituels. Un médecin a diagnostiqué une infection des voies respiratoires supérieures; il a dit de ramener l'enfant à la maison et a recommandé l'administration d'acétaminophène et de Pedialyte. La mère a tenté de nourrir le bébé quelques fois au cours de la nuit, sans trop de succès. Il a été trouvé inerte le lendemain matin et est décédé par la suite. L'autopsie a permis de déterminer qu'une méningite causée par une infection à streptocoque du groupe B avait entraîné le décès. Un examen de dépistage de ce type d'infection subi par la mère à sa 37e semaine de grossesse s'était révélé négatif.

Other Cases of Interest continued

The Coroner did not recommend a public inquest into this death, but has made the following recommendations:

> That physicians give consideration to late onset Group B Streptococcal Infection as one possible diagnosis when infants less than three months present to hospital with febrile illness.

> That prenatal and post natal education related to Group B Streptococcal disease be directed to all new mothers, not just those with positive screening results.

The purpose of these recommendations to is to raise awareness among health providers and new mothers of the potential consequences of undetected Group B Streptococcal infection.

These recommendations were forwarded to both the Minister of Health and the College of Physicians and Surgeons.

The College of Physicians & Surgeons reviewed the case and highlighted the circumstances in their bulletin to physicians http://www.cpsnb.org/english/Bulletins/December%202006.html.

The Minister of Health has advised that the coroner's recommendations were relayed to the Regional Health Authorities to be incorporated into their policies and prenatal educational programs.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le coroner n'a pas recommandé la tenue d'une enquête publique sur le décès, mais a tout de même formulé les recommandations suivantes :

> Que les médecins tiennent compte de la possibilité qu'une forme tardive d'infection à streptocoque du groupe B soit présente lorsqu'un bébé de moins de trois mois montrant des symptômes d'une maladie fébrile est à l'hôpital.

> Que les initiatives prénatales et postnatales de sensibilisation à l'infection à streptocoque du groupe B visent toutes les mères, et non seulement les mères dont les tests de dépistage se sont avérés positifs.

Ces recommandations visent à sensibiliser les intervenants du domaine de la santé et les nouvelles mères aux conséquences d'une infection à streptocoque du groupe B non diagnostiquée.

Les présentes recommandations ont été acheminées au ministre de la Santé et au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a passé le dossier en revue et en a souligné les circonstances dans son bulletin à l'intention des médecins, qui se trouve dans Internet à l'adresse suivante : http://www.cpsnb.org/french/Bulletins/December%202006%20french.html.

Le ministre de la Santé nous a informés que les recommandations du coroner ont été transmises aux régies régionales de la santé afin que celles-ci puissent être incorporées à leurs directives et à leurs programmes d'éducation prénatale.

Inquests and Cases of Interest (2004/05)

Follow up on Cases of Interest #7

This 61 year old female, died in December 2004 as a result of injuries sustained in a motor vehicle accident on Route 102, Lower Greenwich, New Brunswick. The accident occurred approximately 09:49 hours and since it had rained earlier, there was black ice on the road at the time of the accident.

The Coroner made the following recommendation:

"That the Department of Transportation be advised of the accident and requested to review the site for placement of a guardrail".

The Minister of Transportation advised that the Department's Traffic Safety personnel evaluated the site. As a result, the staff recommended a guardrail for a distance of approximately 110 meters on the east side of Highway 102 at the location of this motor vehicle accident. The Minister advised that installation of the guardrail will be given priority consideration under the Department's 2006 Safety Improvement Program.

Follow up on Cases of Interest #11

This case involved the death of a 63 year old female with a history of hypertension and cardiac problems who was scheduled for tests on the day of her death. Her husband found her unresponsive, called 911, and received direction from the 911 operator on how to assist his wife. Two ambulances were dispatched to the residence because of confusion of the address location and because the husband also experienced chest pain during the crisis. The second ambulance was the first to arrive at the

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2004-2005):

Suivi du cas digne d'intérêt n° 7

Une femme de 61 ans est décédée en décembre 2004 des suites de blessures subies dans un accident survenu sur la route 102, à Lower Greenwich, au Nouveau-Brunswick. Plus tôt le matin il avait plu, et au moment de l'accident, soit à 9 h 49, de la glace noire s'était formée sur la chaussée.

Le coroner a formulé la recommandation suivante :

« Que le ministère des Transports soit mis au courant de l'accident et effectue une évaluation des lieux afin de déterminer s'il faut y installer un garde-fou. ».

Le ministre des Transports indique que des employés du Ministère chargés de la sécurité routière ont évalué l'endroit où l'accident s'est produit. Ces derniers ont recommandé d'y installer un garde-fou d'environ 110 mètres sur le côté est de la route 102. Le ministre a fait savoir que l'installation d'un garde-fou constituera une priorité dans le cadre du programme d'amélioration des routes de 2006 du Ministère.

Suivi du cas digne d'intérêt n° 11

Une dame ayant des antécédents d'hypertension artérielle et de troubles cardiaques est décédée à l'âge de 63 ans. Le jour de sa mort, elle devait subir des examens médicaux. Son mari l'a trouvée inerte, a appelé le 911 et le téléphoniste du 911 lui a indiqué les mesures à prendre pour venir en aide à sa femme. Deux ambulances ont été dépêchées à la résidence en raison de la confusion concernant l'adresse fournie et parce que le mari avait des douleurs thoraciques à ce moment. La deuxième

Inquests and Cases of Interest (2004/05) continued

destination and took the husband for medical treatment. The first ambulance initially went in the wrong direction but arrived within 4 minutes of the other one and took the female to the hospital for assessment, despite a poor prognosis based on her vital signs. Both ambulances arrived within the guideline of 25 minutes for a rural area.

The Coroner made the following recommendations:

1. Street/road signs must be in place.
2. Maps used by emergency service providers must be current.
3. Duplicate street or community names within a geographical area must be flagged for emergency service providers.
4. Emergency Service Responders should know the most efficient routes to reach addresses.
5. Placement of street signs.

The Minister of Transportation advised the Department's Traffic Safety personnel evaluated the signage in the general area of the occurrence, including the Dead End warning sign. They advised that the sign was intended to advise motorists unfamiliar with the area that there is no outlet from this particular road. It was not intended to indicate that there is no road beyond the sign and therefore was removed.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2004-2005) (suite):

ambulance a été la première à arriver sur les lieux et le mari y a pris place pour recevoir des soins médicaux. La première ambulance avait pris la mauvaise direction au départ, mais est arrivée moins de quatre minutes après la première. La dame a été placée dans cette ambulance et transportée à l'hôpital pour être examinée, même si ses signes vitaux n'étaient pas encourageants. Les deux ambulances sont arrivées sur les lieux à temps pour respecter la norme de 25 minutes établie pour une région rurale.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Les plaques de rue et les panneaux de signalisation doivent être installés.
2. Les cartes utilisées par les fournisseurs de services d'urgence doivent être à jour.
3. Les noms de rues ou de collectivités en double dans un même secteur géographique doivent être signalés aux fournisseurs de services d'urgence.
4. Les fournisseurs de services d'urgence doivent connaître les routes qui leur permettent de se rendre le plus rapidement possible à destination.
5. Emplacement des plaques de rues.

Selon le ministère des Transports, des employés du Ministère chargés de la sécurité routière ont évalué la signalisation dans le secteur où l'accident s'est produit, y compris le panneau indiquant un cul-de-sac. Ces derniers ont expliqué que le panneau visait à informer les automobilistes qui ne connaissaient pas le secteur que le chemin en cause ne débouche sur aucune autre rue, et non pas à indiquer qu'il n'y avait pas d'autre chemin après l'affiche. Le panneau a donc été enlevé.

Inquests and Cases of Interest (2004/05) continued

Follow up on Case #17

This 46 year old male died of head injuries while snowmobiling when he encountered a barrier on the snowmobile trail. Alcohol and drugs were not a factor in the accident. At the time of the accident, the trail was not yet officially open for the season as grooming was not complete. This section of the trail was private property but it was under an agreement with the Snowmobile Federation to permit use during the snowmobile season. A barricade consisting of a chain suspended on two posts had been placed across a section of the trail. Caution strips were attached to the chain, however, there were no warning signs posted in advance to indicate a barrier had been erected and the driver was unable to avoid the barrier.

There was a second snowmobile fatality involving a chain barrier on a private road. This case is under review at this time but the coroner's recommendations are relevant in both cases.

Therefore, in the interests of preventing other deaths in similar circumstances, the coroner has recommended that:

- The Province, in conjunction with its partners involved in snowmobile safety, raise awareness of safety on the trails, including but not limited:
  - to the importance of staying off the trails until they are groomed
  - advertising when the trails are opened

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2004-2005) (suite):

Suivi du cas digne d'intérêt n° 17

Un homme de 46 ans est décédé des suites de blessures à la tête subies lorsque sa motoneige a percuté une barrière sur le sentier de motoneige. L'alcool et la drogue n'étaient pas en cause. Au moment de l'accident, le sentier n'était pas encore officiellement ouvert pour la saison et son entretien n'était pas terminé. Cette section du sentier traverse une propriété privée. Une entente conclue avec la Fédération des clubs de motoneige permettait cependant aux motoneigistes d'y avoir accès pendant la saison de motoneige. Une barrière constituée d'une chaîne suspendue à deux poteaux se trouvait en travers du sentier. Des rubans d'avertissement étaient attachés à la chaîne, mais aucun panneau de mise en garde n'avait été affiché pour prévenir les motoneigistes qu'ils s'approchaient d'une barrière. Le motoneigiste n'a pas été en mesure de l'éviter.

Une autre personne est décédée en motoneige après avoir heurté une telle barrière érigée sur un chemin privé. Ce dossier fait présentement l'objet d'une enquête, mais les présentes recommandations s'appliquent dans les deux cas.

Par conséquent, afin de prévenir d'autres décès dans des circonstances semblables, le coroner a formulé les recommandations suivantes :

- Que le gouvernement provincial, en collaboration avec ses partenaires en matière de sécurité en motoneige, sensibilise les motoneigistes à la conduite sécuritaire sur les sentiers, entre autres à :
  - l'importance de ne pas se servir des sentiers avant qu'ils soient prêts pour la saison;
  - l'importance d'annoncer l'ouverture officielle des sentiers.

Inquests and Cases of Interest (2004/05) continued

- That the Snowmobile Federation consider the use of a 1-800 number to provide information on when the trail is closed or when a barrier has been erected

- That the Snowmobile Federation address the issue of barriers in its agreements with private landowners to ensure that they are not erected on trails that are under agreement during the snowmobile season

- That the Snowmobile Federation and ATV Federation educate private landowners on the importance of establishing, and maintaining, adequate signage on the trail, in advance of any barrier, on land that may be accessed by ATV owners or snowmobile owners.

The Minister of Public Safety advised that the New Brunswick Federation of Snowmobile Clubs will undertake to raise awareness of the danger and risks of using private landowners' trails prior to the snowmobile season opening, which occurs with trail grooming.

The Minister advised that this will be accomplished through:

1. Additional information being printed on the trail permit sheets that are being purchased by all snowmobile permit holders for the coming season;

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2004-2005) (suite):

- Que la Fédération des clubs de motoneige étudie la possibilité d'offrir un numéro sans frais pour informer les motoneigistes quand le sentier est fermé et les aviser de la présence de barrières.

- Que la Fédération des clubs de motoneige traite de la question des barrières dans les ententes qu'elle conclut avec les propriétaires fonciers du secteur privé pour s'assurer qu'aucune barrière ne soit érigée sur un sentier visé par une entente au cours de la saison de motoneige.

- Que la Fédération des clubs de motoneiges et la Fédération des véhicules tout-terrain du Nouveau-Brunswick sensibilisent les propriétaires fonciers à l'importance d'ériger et de maintenir des panneaux avertissant les conducteurs de la présence d'une barrière sur le sentier qui traverse des terres accessibles aux propriétaires de véhicules tout-terrain et de motoneiges.

Le ministre de la Sécurité publique rapporte que la Fédération des clubs de motoneige du Nouveau-Brunswick sensibilisera le grand public aux dangers associés à l'utilisation des sentiers privés avant l'ouverture de la saison de motoneige, qui correspond au début de l'entretien des sentiers.

Le ministre a affirmé que les mesures suivantes seraient prises pour atteindre cet objectif :

1. Ajout de renseignements sur les permis d'utilisation des sentiers achetés par les motoneigistes à l'approche de la nouvelle saison;

Inquests and Cases of Interest (2004/05) continued

2. Similar warnings will be included in the safety information with snowmobile maps produced by the Department of Tourism and Parks.

The Minister proposed that the ATV Safety Committee identify ways to raise awareness of the dangers of all types of barriers to various trail users, as these can have serious safety implications if not properly identified with appropriate warnings.

The NB Federation of Snowmobile Clubs (NBFSC) undertook several initiatives in response to coroner's recommendations arising from the deaths of individuals who had encountered barriers on snowmobile trails as described in the 2004/05 Annual Report of the Chief Coroner.

To enhance the snowmobile community's safety and awareness campaigns, the NBFSC adopted the Safe Riders, You make Snowmobiling Safe Campaign as the safety program for snowmobile activity in the province in 1998. The NBFSC also promotes the messages of the Canadian Council of Snowmobile Organization's National Environment Campaign and the International Snowmobile Council's Zero Tolerance Campaign. More recently, the NBFSC has taken further steps to enhance the snowmobile community's awareness of safety by highlighting the safety message on the 2007 NBFSC Trail Permit and the Snowmobile Map. Specifically, the NBFSC has reinforced the three leading causes of snowmobile fatalities:

1. Mixing *Alcohol and/or Drugs* with riding a snowmobile

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2004-2005) (suite):

2. Impression d'avertissements pertinents sur les cartes des sentiers de motoneige qui sont produites par le ministère du Tourisme et des Parcs.

Le ministre propose que le Comité sur la sécurité relative aux VTT trouve des moyens de sensibiliser les utilisateurs aux dangers associés aux barrières érigées sur les sentiers, puisque ces dernières peuvent être très dangereuses si aucun panneau adéquat n'en signale la présence.

Dans son rapport annuel de 2004-2005, la coroner en chef signalait que la Fédération des clubs de motoneige du Nouveau-Brunswick avait entrepris plusieurs initiatives en réponse aux recommandations formulées à la suite de la mort de motoneigistes ayant percuté des barrières sur des sentiers de motoneige.

Pour donner plus de poids aux campagnes de sensibilisation et de promotion de la sécurité, la Fédération a adopté en 1998 le programme *Motoneigistes prudents, vous rendez la motoneige sécuritaire*. La Fédération fait également la promotion de la campagne nationale pour l'environnement du Conseil canadien des organismes de motoneige ainsi que de la campagne *Tolérance zéro* de l'International Snowmobile Council. Plus récemment, la Fédération a pris d'autres mesures afin de sensibiliser davantage les motoneigistes en mettant bien en évidence un message de sécurité sur les permis d'accès aux sentiers et sur la carte des sentiers de motoneige de 2007. La Fédération a particulièrement mis l'accent sur les trois principales causes d'accidents de motoneige mortels :

1. Mélanger *Alcool et/ou Drogues* avec la conduite d'une motoneige.

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

2. Riding at *Speeds* beyond a Rider's experience and capability

3. Riding *Off-Trail* versus on authorized snowmobile trails or riding before and after the snowmobile trails and season opens and closes

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

2. Voyager à des *Vitesses* au-delà de l'expérience et de la capacité du motoneigiste.

3. Voyager *En dehors des sentiers* au lieu de voyager sur les sentiers de motoneige autorisés, ou bien de voyager avant ou après l'ouverture ou la fermeture des sentiers de motoneige et de la saison de motoneige.